Tom V. Marzec 1903. № 3.

Czasopismo Lekarskie

O ZEWNĘTRZNEM UŻYCIU WYSKOKU W POSTACI OKŁADÓW.

Podał Dr. **Antoni J. Goldman**

Ordynator szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

(Podług odczytu na posiedz. Tow. Lek. Łódzkiego d. 18/II. 03).

Sprawa, którą chcę dziś zająć uwagę Szanownych Panów, leży odłogiem w piśmiennictwie lekarskiem polskiem, aczkolwiek ze wszech miar zasługuje na omówienie.

Pierwszym, który zaczął systematycznie stosować wyskok w sprawach zakaźnych umiejscowionych, był lekarz wojskowy niemiecki Salzwedel; wynik swych prób ogłosił on światu naukowemu w Niemieckiej gazecie wojskowolekarskiej z r. 1894-go.

Nadmienić tu muszę, że przy róży wyskok stosowano znacznie wcześniej, lecz specyalna postać okładów jest wyłączną metodą Salzwedla.

Technika stosowania tych okładów jest następująca: 8 warstw odtłuszczonej gazy nasyca się wyskokiem w takiej ilości, aby wyskok więcej z niej nie spływał i kładzie się na daną okolicę; na to nakładamy możliwie luźno warstwę suchej odtłuszczonej waty grubości 2—3 ctm., a na tę—przedziurawioną ceratkę; opatrunek umocowujemy za pomocą bandaża. Przed zastosowaniem okładów skórę należy koniecznie dobrze zmyć eterem lub benzyną.

Najodpowiedniejszym do użycia jest wyskok 96%; słabszy może być użyty tylko z konieczności, mocniejszy, zdaje się, wywiera pewniejsze działanie, jednakże jest niezawsze dostępny ze względu na wysoką cenę.

Wata winna być dobrze hygroskopijna i luźno ułożona, koniecznie odtłuszczona; ilość waty i spirytusu można w przybliżeniu określić w ten sposób, że na każdy kwadratowy centymetr opatrunku wypada 1 gram waty i 0,15 ctm^3 wyskoku.

Ceratki trzeba używać możliwie cienkiej i miękkiej, a przytem dziurkowanej tak, aby na każdy kwadratowy cal przypadał otwór wielkości 6 mm. w przecięciu.

Jeśli zastosowujemy okład z wyskoku na okolicę; gdzie istnieje rana, w takim razie pokrywamy ranę luźną warstwą wyjałowionej lub jodoformowej gazy, a na to okład z wyskoku 50% *). Jodoform stosowany w ten sposób przy okładach nie wywołuje żadnych przykrych następstw, natomiast dodawanie jodoformu do wyskoku w celu uchronienia się od nadużyć (jak to radził początkowo Salzwedel) łatwo wywołuje pryszczycę. Okład leży przez 24 godziny; po 12 godzinach można dolać wyskoku za pomocą szklanej rurki, wprowadzonej pod opaskę lub w inny jaki sposób; właściwa zmiana opatrunku po 12 godzinach jest prawie zawsze zbyteczna.

Co się tyczy rozmiarów okładu, to Salzwedel radzi stosować opatrunki możliwie duże; taki opatrunek powinien pokrywać okolicę najbliższych gruczołów chłonnych, np. przy zastrzale powinien pokryć 1/4 część przedramienia— aby wywrzeć wpływ na ścięgna zginaczy i ich torebki śluzowe, a przy jednoczesnem zajęciu gruczołów chłonnych ramienia, pokryć i te ostatnie.

Salzwedel stale stosuje wyskok w postaci okładów przy rozpoczynających się ropówkach i tym podobnych stanach zapalnych; na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków doszedł do wniosku, że przy lekkiego natężenia, umiejscowionych zapaleniach zakaźnego charakteru otrzymuje się poronne działanie okładów, w cięższych zaś przypadkach szybki rozpad chorych tkanek i tworzenie się ograniczonego ropnia, przyczem znika nacieczenie w sąsiednich tkankach.

Również dobre wyniki otrzymywał Salzwedel przy wrzodziankach, zapaleniu gruczołów chłonnych niegruźliczego pochodzenia, róży. Nadmienić należy, że S. nie odrzuca takich ważnych pomocniczych środków—jak unieruchomienie, wysokie ułożenie chorej kończyny i t. p.

Liczne spostrzeżenia innych autorów potwierdziły wyniki otrzymane przez Salzwedla.

Schmidt (z Monachium) widywał głęboko nawet sięgające stany zapalne zakaźne, co do rozszerzenia się których można było być prawie pewnym, znikające pod wpływem okładów wyskokowych bez wszelkiego rękoczynu; w tych zaś przypadkach, gdzie już doszło do martwicy tkanek, tworzył się szybko ograniczony ropień.

Tegoż samego zdania na zasadzie licznych spostrzeżeń są Köhler, Pfuhl, Loew i inni.

Na szczególną uwagę zasługuje praca Loew'a asystenta prof. Bardenheuer'a w Kolonii, dlatego, że B. początkowo był przeciwni-

---

*) Po zastosowaniu okładu z wyskoku na otwarte rany powstaje niekiedy silny, lecz szybko mijający ból.

kiem tej metody.

Loew przytacza statystykę 124 przypadków, z których 26 z ambulatoryum szpitalnego, a mianowicie:

25 przypadków zapalenia naczyń chłonnych, 28 zakażonych ran, 23 ropówki, 12 wrzodzianek, 7 róży, 18 zastrzału, 4 odcisków, z ropieniem; 6 zapaleń sutki ropnych.

Z przytoczonych przez Loew'a przypadków na uwagę zasługuje jeden, mianowicie: złamanie goleni, powikłane przez zgorzel skóry, obrzęk całej kończyny, powiększenie gruczołów pachwinowych, wymioty, brak przytomności, osłabienie działalności serca - jednem słowem obraz zakażenia krwi; odjęcia kończyny nie wykonano wskutek braku zgody otoczenia; zastosowano obszerne aż do miednicy sięgające okłady z wyskoku. Po 5 dniach stan chorego znakomicie się poprawił, wytworzył się ropień w okolicy łydki, zmartwiała skóra oddzieliła się i chory wyzdrowiał. Loew i Bardenheuer w danym przypadku przypisują dobroczynny wpływ tylko okładom z wyskoku.

Prócz wymienionych cierpień - Salzwedel stosował swe okłady z dobrym wynikiem przy zapaleniu kaletki przyrzepkowej (bursitis praepatellaris) zakaźnego pochodzenia; wychodzi on z tego założenia, że sprawa ta jest zawsze w związku z drobnem, dla oka niewidzialnem, uszkodzeniem skóry i następczym stanem zapalnym; ograniczając lub nawet usuwając takowe, w licznych przypadkach wpływamy pośrednio na wessanie się wysięku w kaletce. Na tej zasadzie możnaby stosować okłady wyskokowe w tych cierpieniach stawów, które mają za powód stłuczenie, naderwanie więzów, gdyż prawdopodobnie w tych przypadkach drobne uszkodzenia skóry torują drogę chorobotwórczym drobnoustrojom do zaatakowania tkanek okołostawowych; stosował w takich razach okłady Salzwedla i Kolbe z wynikiem pomyślnym.

Dalej, S stosował swe okłady przy zapaleniu gruczołów chłonnych, pachwinowych i biodrowych, przyczem daleko lepsze rezultaty otrzymywał, jeśli sprawą była wywołaną przez drobnoustroje ropotwórcze, niż jeśli miał do czynienia ze sprawą specyficzną, np. szankrem lub kiłą; jednak i w tych przypadkach przy jednoczesnem stosowaniu swoistego leczenia niekiedy daje się zauważyć dobroczynny wpływ wyskoku, a mianowicie znika szybko bolesność i nacieczenie tkanki okołogruczołowej i po pewnym czasie łatwo udaje się wymacać oddzielne gruczoły, zamiast poprzednich jednolitych mas zbitych.

Jednakże nietylko tam, gdzie mamy do czynienia z drobnoustrojami ropotwórczymi, można stosować, według S., z dobrym wynikiem jego okłady; leczy on nimi zapalenie stawów trypprowego pochodzenia, a wartość tego postępowania potwierdzoną została w dyskusyi, która się wywiązała z powodu odczytu Königa na ten temat w Berlińskiem Towarzystwie lekarskiem.

Nakoniec S. stosuje swe okłady przy świeżych, lecz już zakażonych ranach, jak również tam, gdzie przy opatrywaniu świe-

żej rany nie jesteśmy w stanie użyć całego arsenału środków antyseptycznych. Opatrunek Salzwedla jest też wtedy najodpowiedniejszy, jeśli laik ma w nieobecności lekarza opatrzeć ranę.

Nadmienić należy, że homeopaci już przed 30-stu laty stosowali okłady z wyskoku, które są nieco podobne do okładów Salzwedla, lecz były używane jako stałe opatrunki przy uszkodzeniach i leżały bez zmiany do 18 dni.

W wojnie rossyjsko-tureckiej, według słów Bergmanna, nader często jako pierwszy opatrunek stosowano okład z wyskoku, przyczem okolicy ran nie oczyszczano; opatrunki te leżały niekiedy nader długo i według zdania Bergmanna i Pirogowa oddały znakomite usługi.

Z pomyślnym skutkiem stosowali okłady z wyskoku w zapaleniu gruźliczem otrzewny Sehrwald i Meyer, w zapaleniu wyrostka robaczkowego Filatow; Burwinckel z dobrym skutkiem stosował je w 2 przypadkach zapalenia wysiękowego opłucny i w kilku przypadkach podostrawego i przewlekłego gośćca stawowego i ostrych napadów dny.

Kol. Arnstein również stosował okłady z wyskoku w ciężkim przypadku gośćca stawowego i aczkolwiek jest daleki od uogólnień w tej sprawie, jednakże stanowczo jest zdania, że w jego przypadku wyskokowi jedynie należy przypisać poprawę.

W szpitalu małżonków Poznańskich stosujemy od kilku lat okłady wyskokowe; stosowałem je też wielokrotnie u chorych z praktyki prywatnej; prócz tego wiem, że stosuje je tu wielu kolegów. Tem cenniejszemi więc będą wskazówki, jakie wyłonić się mogą z dyskusyi nad tym odczytem.

Wychodząc z założenia, że przy sprawach zapalnych nie można nigdy napewno przypisywać działania zastosowanemu środkowi, gdyż niewiadomo, czy nie nastąpiło by polepszenie bez jego użycia, daleki jestem od chęci porównywania wyskoku z innymi środkami i ograniczę się do podania Sz. Panom wyników, jakie widziałem przy zewnętrznem użyciu wyskoku ściśle według metody Salzwedla.

Sprawy zapalne w początkowym okresie bezwarunkowo tracą swą skłonność do szerzenia się: zaczerwienie skóry, obrzęk i bóle ustają prawie natychmiast; jeśli sprawa niezupełnie zostaje opanowana, tworzy się ograniczony ropień. Często widywałem zastrzały, gdzie obrzęk i zaczerwienie skóry sięgały do przedramienia, i gdzie po 24—48 godzinnem stosowaniu okładów z wyskoku sprawa ograniczała się do ropienia w ostatnim członku palca.

Przy róży, zarówno w szpitalu, jak i w praktyce prywatnej, widywałem szybki spadek ciepłoty i znikanie sprawy chorobowej.

Przy zapaleniach gruczołu sutkowego widywałem najsłabsze działanie wyskoku.

Przy zapaleniach wyrostka robaczkowego bez burzliwych objawów stosowałem wyskok z dobrym wynikiem.

Ilość przypadków, w których spostrzegałem działanie okładów

Salzwedla, prekracza dwie setki i śmiało rzec mogę, że w wielu razach nie mogę się już bez nich obejść. Najlepsze wyniki otrzymywałem przy rozpoczynających się sprawach zapalnych, gdzie trudno się zdecydować na wybór metody postępowania, t. j. wykonanie cięcia lub konserwatywne leczenie, i w przypadkach zakażonych ran, np. po ukłuciu podczas septycznych rękoczynów u lekarzy i niższej służby szpitalnej.

Za zbyteczne uważam zastrzeżenie, że wszędzie, gdzie mamy do czynienia z pewnem lub bardzo prawdopodobnem ropieniem, należy bez zwłoki robić nacięcia rozległe w granicach zdrowych tkanek, nadewszystko zaś przy głębokich ropówkach, złośliwość których charakteryzuje się właśnie póżnem tworzeniem się ropy.

Wspomnę tu jeszcze o niepożądanem, lecz nieszkodliwem, działaniu ubocznem okładów z wyskoku, a mianowicie o mumifikacyi skóry szczególnie tam, gdzie uprzednio stosowano hydropatyczne okłady: naskórek wtedy daje się ściągnąć jak rękawiczka. Dla uniknięcia tego niemiłego powikłania należy przed użyciem wyskoku skórę dobrze osuszyć i posypać jakimkolwiek proszkiem wysuszającym.

Wielu lekarzy i chirurgów stosuje ogrzewające okłady z jakiejkolwiek przeciwgnilnej cieczy, np. roztworu sublimatu, karbolu, kw. bornego, płynu Burowa. Pomijając zgubny często wpływ okładów z roztworu karbolu, należy pamiętać, że przy nienaruszonej powłoce skórnej wszystkie te okłady, zarówno jak ciepłe okłady w formie kataplazmu, zgodnie ze słusznem zdaniem Königa i Lexera, wywołać mogą ropienie tych tkanek, o zaoszczędzenie których w każdym przypadku powinno nam przedewszystkiem chodzić.

Zatrzymując więc dla pewnych przypadków wyśmienite działanie okładów z płynu Burow'a, np. przy leczeniu ropówek po dokonaniu cięcia skóry, przy obecności bakteryi zielonej ropy lub zatrzymywaniu się wydzieliny ropnej, radziłbym we wszystkich innych przypadkach rozpoczynających się stanów zapalnych stosować okłady z wyskoku, jako bezwarunkowo nieszkodliwe, a bardzo często ograniczające ropienie do tkanek już a priori straconych.

Nie analizując w danej chwili wszystkich teoryi, jakiemi tłomaczą to działanie alkoholu, to tylko powiem, że, stosując okłady Salzwedla, posiłkujemy się nieszkodliwym środkiem przeciwzakaźnym o silnej własności bakteryobójczej i głębokiem działaniu na zdrowe i chore tkanki—poprzez nietkniętą skórę.

Przypadek choroby Stokes-Adams'a. *)

Podał Dr. **Witold Piasecki** (z Osięcin).

Stałe i wybitne zwolnienie tętna i napady podobne do udaru mózgowego lub padaczki— stanowią główne objawy choroby Stokes-Adams'a.

Jaquet tak opisuje napad tej choroby: „Chory nagle w czasie rozmowy uczuł zawrót głowy i wśród charczącego oddechu stracił przytomność, poczem zjawiły się krótkie drgawki w kończynach górnych; twarz blada, błony śluzowe bezbarwne, na piersiach sinica; tętno niewyczuwalne, tony serca niesłyszalne; taki stan trwał 1½ minuty, poczem akcya serca się wznowiła, wystąpiło tętno nieregularne i niejednostajne, po fali prawidłowej następowała ledwie wyczuwalna, aż dopiero po 10 minutach chory przyszedł do siebie. Po godzinie tętno regularne, pełne, 36, jakie chory okazywał zwykle."

Tętno w chorobie St.-Adams'a waha się pomiędzy 30 i 55 na minutę; obserwowano jednak i 8 między napadami, w czasie których może spadać i niżej. W kilku przypadkach wysłuchiwano pomiędzy II tonem jednego skurczu serca, a I następnego 1 lub 2 tony, którym nie odpowiadało ani uderzenie wierzchołkowe, ani fala tętna. Najbardziej charakterystyczną cechą omawianej choroby jest, że ilość uderzeń tętna nie jest wrażliwa na żadne bodźce przyśpieszające je zwykle, nie wykluczając gorączki; jedynie naparstnica (w jednem spostrzeżeniu) zdołała podnieść ilość tętna z 32 na 60. Jaquet twierdzi, że w typowym przypadku choroby tętno bezwzględnie jest stałe, według określenia Charcot'a: „pouls lent permanent."

Naczynia są zwykle twarde,. tętno mocno napięte, co w wielu przypadkach zależy od miażdżycy; należy jednak dodać, że tę chorobę spostrzegamy równie często u starych, jak u młodych. Jaquet sądzi, że tu istnieje czynny skurcz naczyń w pewnych okolicach ciała, wskutek czego powstaje znaczny opór w krążeniu (napadowa bladość chorych, uczucie zimna, różne parestezye).

Na szczególną uwagę zasługuje tętnienie żył jarzmowych według innego rytmu, jak tętnic; obserwowano przypadki, gdzie ilość tętna żylnego była 2 razy do 3 i 4 razy częstszą od tętniczego; objaw to bardzo charakterystyczny.

Co się tyczy napadów udarowych i padaczkowych, to są opisane rozmaite nasilenia takowych: od prostego, krótkotrwałego za-

*) Podług odczytu wygłoszonego na zebraniu koleżeńskiem we Włocławku.

wrotu głowy aż do śpiączki apoplektycznej, lub do typowej padaczki; wtedy zupełnie znika tętno; czasem występuje bezdech lub oddech typu Cheyne-Stokes'a; napady padaczkowe mogą być poprzedzone, mniej lub więcej wyraźną, aurą.

Z innych objawów tej choroby, jako to: rozszerzenie źrenic, nierówność takowych, senność i znużenie umysłu, dyspnoë—między napadami, do bardzo częstych należą zaburzenia w trawieniu, które, być może, stoją z jakimiś związku z napadami; często bowiem napad występuje po zbyt obfitej uczcie; tak np. chory Jaqueta stracił napady, odkąd miewał regularne wypróżnienia.

Patogeneza choroby St.-Adams'a nie jest znana. Być może, że ostre choroby zakaźne i zaburzenia w trawieniu grają tu pewną rolę.

Stałych zmian anatomicznych nie spostrzegano.

Rokowanie zawsze poważne, zwłaszcza u ludzi starych. Z leków Cardiotonica (digitalis) są nieskuteczne; pewne polepszenie widziano po Amylium nitrosum i Nitroglicerynie i po wdychaniu tlenu.

---

15 lipca roku 1902-go przybył do mnie niejaki Oż., leśnik, lat pięćdziesięciu kilku, chory przeszło od lat dwu, i leczony przez ten czas bezskutecznie.

Chory, nieobarczony dziedzicznie, żonaty i dzietny, prowadził tryb życia umiarkowany; przechodził tyfus 10 lat temu. Wśród zupełnego zdrowia zaczął doznawać zaburzeń w trawieniu i napadów podobnych do powyżej opisanych. W nierównych odstępach czasu (od 2 tygodni do 2 3 miesięcy) chory dostawał nagle zawrotu głowy i natychmiast padał na ziemię, nie tracąc przytomności; napadom tym towarzyszyły lekkie drgawki górnych kończyn, utrudniony oddech, strach i kredowa bladość twarzy; stan taki trwał od $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ minuty, poczem chory przychodził do siebie; jedynie lekkie osłabienie uczuwał jeszcze przez jaką godzinę. Zaburzenia w trawieniu miały charakter przewlekłego nieżytu żołądka. Prócz skarg powyższych żalił się chory na napady senności i znużenia uuysłowego.

Badanie przedmiotowe dało wyniki następujące. Chory wzrostu średniego, dobrego odżywiania, prawidłowej budowy, z lewostronną przepukliną pachwinową. Źrenice równe, objaw Romberga dość wyraźny. W płucach zmian żadnych, prócz niewielkiego obniżenia granic; wydech na całej przestrzeni płuc nieco wydłużony. Serce nieznacznie powiększone: górny brzeg na 4 żebrze, na prawo zachodzi na mostek. Tony serca dosyć wyraźne; niema tonów dodatkowych, którym by nie odpowiadała fala tętna (wielokrotne badanie). Nieznaczny ból w dołku przy ucisku, w czasie głębokiego wdechu; żołądek nie rozszerzony. W innych narządach wewnętrznych żadnych zmian chorobowych. Mocz prawidłowy. Tętno umiarkowanie napięte, 28 uderzeń na minutę; tętnice promieniowe twardawe, skroniowe bez zmian widocznych. Uwa-

żając objawy powyższe za skutek ogólnej miażdżycy, przewlekłego nieżytu żołądka i upośledzonej przemiany materyi, zaleciłem choremu wewnątrz jod z bromem i antipiriną i sól średnią w dość mocnym rozczynie; na noc opaski rozgrzewające na brzuch; w razie zaparcia — sól karlsbadzką.

Po miesięcznej kuracyi dowiedziałem się, że napady od 2 tygodni zupełnie ustąpiły, apetyt się polepszył, ból w dołku nie dolegał wcale; samopoczucie dobre; tętno 28, własności opisanych; obie fale równo napięte. Zaleciłem choremu strawną dyetę i dbanie o wypróżnienia.

W zeszycie styczniowym „Nowin lekarskich" przeczytałem referat pracy Jaqueta o chorobie St.-Adamsa (drukowanej w „Deut. Arch. f. kl. Med." R. 1902) i w tedy zrozumiałem, że nie z miażdżycą, jeno z chorobą Adamsa mam tu do czynienia. Kiedy więc przybył do mnie w d. 1 października Oż., zbadałem go po raz czwarty, szukając innych objawów tej choroby. Badanie tętna, prócz własności już opisanych, wykazało, że ani zmiana położenia, ani praca mięśniowa, ani bieg szybki, przyśpieszającego wpływu nań nie wywierały. Ilość tętnień żył jarzmowych wynosiła 42 na minutę (tętno 28).

W listopadzie zauważyłem zwiększenie częstości tętna do 44 na minutę; tętnień żył jarzmowych było 78. Ten sam stosunek pozostał już do śmierci chorego; własności tętna nie uległy żadnej zmianie.

Chorego widziałem po raz ostatni 10 stycznia r.b.; w połowie tegoż miesiąca dowiedziałem się o śmierci pacyenta. Dowiedziałem się, że chory, pędzlując dziąsła nalewką jodową (co już kilkakrotnie wykonywał z powodu ich zapalenia), przewrócił się nagle i natychmiast skonał.

Parę słów o tężyczce

Podał Dr. **K. Ciągliński** (Siedlce-Ciechocinek).

Jakkolwiek nowsze badania, głównie Eschericha, przyczyniły się do rozświetlenia tego niezupełnie jeszcze jasnego cierpienia, jednakowoż przypadki, różniące się od obrazu klasycznego, zasługują dotąd na uwagę. Opis takiego przypadku podaję:

Dziewięciomiesięczne dziecko malarza pokojowego K., izraelity, widziałem pierwszy raz we Wrześniu 1901 r. z powodu drgawek: dziecko b. blade z wybitnymi objawami krzywicy (ciemię niezarośnięte na znacznej przestrzeni, paciorki na żebrach, brzuch wzdęty, ani jednego zęba); karmione sztucznie i b. nieod-

powiednio; starszego brata leczyłem w Ciechocinku z powodu gruźlicy kości; rodzice mizerni, obecnie zdrowi. Drgawki były ogólne, przeważnie toniczne, ale po części i kloniczne, krótkotrwałe, nie pozostawiające po sobie porażeń, obustronne. Przy odpowiedniem leczeniu ustąpiły zupełnie.

W końcu Grudnia tegoż roku byłem znowu do tegó dziecka wezwany; od matki dowiedziałem się, że przez te parę miesięcy drgawki powtarzały się ze 2 czy 3 razy, ale ustępowały szybko bez leczenia; parę zaś razy dziecko dusiło się, nie w czasie jedzenia (Spasmus glottidis?). Obecnie: dziecko blade, leży na wznak z mocno zadartą głową, której biernie wyprostować niemożna; mięśnie karku twarde; mięśnie pleców także przedstawiają pewne napięcie, jednak dziecko można posadzić; prawa ręka zgięta w stawie napiętkowym i zwrócona ku wewnątrz; palce wyprostowane, złożone, przygięte do dłoni (ręka akuszera); przedramię tejże strony zgięte; lewa kończyna górna oraz obie dolne nic szczególnego nie przedstawiają; brzuch wzdęty; twarz ma wyraz bolejący, rysy zaostrzone; źrenice równe, na światło oddziaływają żwawo; mleko podawane z łyżeczki dziecko pije, ale biernie szerokie otwarcie ust utrudnione wskutek napięcia mięśni żwaczy; objawu Chvosteka brak, a objaw Trousseau mogłem wywołać tylko niewyraźny.

Przytomność zupełna, wymiotów nie było, objawu Kerniga niema; ciepłota—tego dnia i następnych dni—nie przechodzi 37,5; tętno około 90.

Stan ten trwał 5 dni i ustąpił doszczętnie przy środkach czyszczących i preparatach bromu.

W danym przypadku zapalenie opon (Meningitis) można wykluczyć stanowczo na zasadzie: zejścia, zachowania przytomności, braku objawów ocznych, braku objawu Kerniga (niemożność zupełnego wyprostowania w kolanach kończyn dolnych w pozycyi siedzącej), braku wymiotów; wzdęty brzuch. Tężec — obraz choroby przypominał b. mało; natomiast: charakterystyczne ustawienie ręki, niewątpliwa obecność krzywicy, dławienia wspominane przez matkę, a wyglądające bardzo na skurcz głośni, pozwalają postawić rozpoznanie tężyczki.

Niezwykłym w danym razie jest silny skurcz mięśni, karku i pewna rigiditas w mięśniach tułowia i żwaczach; to też ten obraz chorobowy zajmuje miejsce pośrednie między klasycznym, a postacią opisaną przez Eschericha i niedawno przez Guinona (Semaine Médicale r. 1901 № 44) pod nazwą „pseudotetanos:“ przy tej postaci widziano przykurczenie mięśni karku, silne stężenie mięśni tułowia (dochodzące w czasie nasileń do tego, że dziecko można, ująwszy za stopy, podnieść do góry, jak kawał drzewa); utrudnienie oddechu wywołujące sinicę; wyraźny szczękocisk; natomiast kończyny nie zajęte; objawów Trousseau i Chvostek'a brak. W moim przypadku objawy tężcowe były mniej wyrażone, zato

sprawą tężyczkową zajęta była prawa ręka, co znacznie ułatwiło rozpoznanie.

Przypadki tężyczki, w których skurcz, oprócz zwykle zajętych mięśni kończyn, rozchodzi się na inne grupy mięśniowe, były spostrzegane oddawna. Henoch, który, jak wiadomo, uważał tężyczkę za nader rzadką w wieku dziecięcym, uznając podobne przypadki za skurcze idiopatyczne, przytacza spostrzeżenie, tyczące pięciomiesięcznego dziecka, u którego w 14 dni po drgawkach ogólnych wystąpiło przykurczenie palców nóg, następnie dłoni i stawów łokciowych; po kilkodniowem trwaniu cierpienia przyłączyło się stężenie przednich i tylnych mięśni szyi; dziecko wyzdrowiało.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że Henoch miał tu do czynienia z tężyczką. Rzadszę są przypadki, w których skurcze występują także w mięśniach tułowia i twarzy (żwaczach) i mogą przedstawiać znaczne trudności rozpoznawcze, symulując tężec: w razie silnego natężenia skurczów, zwłaszcza jeżeli współistnieją jakieś obrażenia powłok, o które tak łatwo w wieku dziecinnym; lub jeśli skurcze występują u noworodków. Że jednak u tych tężyczka wcale wyjątkową nie jest, dowiódł Escherich, który opisuje przypadek u 12-todniowego dziecka; ja sam obserwowałem niedawno przypadek u dziecka 18 dniowego. Jeśli dodać, że w tych przypadkach nietypowej a ciężkiej tężyczki kończyny mogą być wolne, a zatem charakterystycznego ich ustawienia brak, że objawów Trousseau i Chvostek'a może brakować także, to nic dziwnego, że w niektórych razach rozpoznanie może być wprost niemożliwe i może niejeden przypadek uleczonego tężca, w którym prątki Nicolaier'a wykazane nie były, był w rzeczywistości tężyczką postaci pseudotetanos.

W przypadkach, jak wyżej opisany, gdzie skurcze mięśni tułowia i twarzy są wyrażone słabo, silniej zaś w mięśniach karku, podejrzewać tężec można chyba w samym początku obserwacyi; łatwiej już przypuścić zapalenie opon mózgowych, które wykluczymy na zasadzie braku objawów ogólnych (ciepłota, świadomość), braku lub istnieniu objawów ocznych, wymiotów i objawu Kerniga.

Obecność krzywicy, obecność charakterystycznego ustawienia ręki, objawu Trousseau i Chvostek'a, stwierdzenie w wywiadach kurczu głośni—ma dla rozpoznania znaczenie decydujące.

Zniżenie ciepłoty ciała za pomocą obfitego chłodnego napoju i chłodnych lawatyw—w przypadku duru brzusznego z hypertermią.

Podał Dr. **F. Arnstein** (Łódź).

Leczenie przeciwgorączkowe duru brzusznego przebiegającego przy umiarkowanem podniesieniu ciepłoty ciała (39 do 40 stopni) jest po większej części zbyteczne, gdyż gorączka sama przez się nie grozi bezpośrednio niebezpieczeństwem. Jeżeli jednak ciepłota ciała przy durze brzusznym przez czas dłuższy trwania choroby przekracza pewne granice, utrzymuje się stale na wysokości 40—41 stopni, czyli, jeśli jest hypertermiczną, w takim razie lekarz—ze względu na bezpośrednie niebezpieczeństwo grożące choremu—musi wystąpić z nią do walki. Leków gorączkowych posiadamy dziś bardzo wiele; wszystkie one jednak, z małym wyjątkiem (chinina w dużych dawkach), przez dłuzszy czas użyte niekorzystnie oddziaływają na stan ogólny i z tego powodu nie nadają się do leczenia hypertermii w durze brzusznym; procedury zaś wodolecznicze niezbyt niskiej ciepłoty dziś w powszechnem będące użyciu niewielki wywierają wpływ na zniżenie ciepłoty ciała w przypadkach połączonych z hypertermią.

Przed kilkunasty laty Cantani *) ogłosił kilkanaście przypadków duru brzusznego, w których za pomocą systematycznego obfitego lodowego napoju i chłodnych lawatyw udawało mu się zniżyć ciepłotę ciała i utrzymać ją w umiarkowanych granicach przez cały czas trwania choroby połączonej z hypertermią, co miało pomyślny wpływ na cały dalszy przebieg choroby i na pomyślne zejście. Podany przez Cantaniego sposób leczenia hypertermii małą na siebie zwrócił uwagę lekarzy, choć jest łatwym do przeprowadzenia, zupełnie zdaje się bezpiecznym i mającym z teoretycznego punktu widzenia zupełną racyę bytu. Wpływ obfitego chłodnego napoju i chłodnych lawatyw polega bowiem na ochłodzeniu wewnętrznej powierzchni ciała na dużej przestrzeni, na zwiększeniu diurezy za pomocą której wydalone zostają z ustroju toksyny i na przemyciu, według teoryi Sahlego, ustroju.

Przed kilku miesiącami stosowałem metodę Cantaniego w ciężkim bardzo przypadku duru brzusznego, a że otrzymane wyniki były bardzo zadawalniające, przeto podaję je do wiadomości.

*) Berliner Klinische Wochenschrif 1891.

Dwudziestopięcioletni robotnik fabryczny, wróciwszy wieczorem z roboty, zaczął doznawać dreszczyków, bólu głowy i ogólnego niedomagania; przez 5 dni jednak oddawał się zwykłemu zajęciu i dopiero 6 dnia skutkiem ogólnego osłabienia zmuszony był położyć się do łóżka. Tego dnia wieczorem wezwany felczer fabryczny znalazł ciepłotę ciała podniesioną do 40 stopni; zalecił środek czyszczący, po którym nastąpiły obfite wypróżnienia. Nazajutrz w południe pierwszy raz widziałem chorego i znalazłem ciepłotę ciała podniesioną do 39,8, śledzionę powiększoną, brzuch wzdęty, bolesny in regione ileo-coecali, przelewanie w tej okolicy. Rozpoznanie duru brzusznego nie ulegało wątpliwości. W ciągu następnych 2 dni ciepłota ciała rano: przeszło 40, wieczorem 40,6—40,8, tętno 110, dwubitne; chory niespokojny, zrywa się, bredzi, wypróżnienia wolne. Chinina w dużych dawkach i częste zimne obmywania ciała nie wywierały żadnego wpływu ani na ciepłotę ciała, ani na stan ogólny. Ponieważ otoczenie chorego nie zgodziło się na kąpiele chłodne, a zresztą leczenie to w warunkach domowych chorego nie dałoby się przeprowadzić z należną akuratnością, przeto, przypomniawszy sobie o metodzie Cantaniego, poleciłem podawać choremu co godzina w dzień i w nocy szklankę zimnej wody i 3 razy na dobę lawatywę z 2 kwart wody pokojowej (Cantani używał do lawatyw wody o ciepłocie 11 stopni). Do wewnątrz, prócz dodatku do wody kwasu solnego i kilku dawek dziennie kamfory, chory żadnych innych leków nie przyjmował; już na drugi dzień po zastosowaniu metody Cantaniego ilość moczu u chorego ogromnie się zwiększyła, a ciepłota ciała zwykle wieczorami przechodząca 40,5 wynosiła 39,7; nazajutrz rano 39,4, tętno przeszło 100, pełniejsze. Następnego, 12-go dnia choroby, ciepłota ciała rano 39,2, wieczorem 39,3; chory przytomniejszy, mniej bredzi. W ciągu następnych 5 dni, podczas których ciągle stosowano metodę Cantaniego, ciepłota ciała waha się między 39 a 39,5; stan ogólny ciągle lepszy. Ośmnastego dnia choroby nastąpiły pierwszy raz poty, po których ciepłota spadła rano do 37,6, wieczorem podniosła się do 39. Dalszy przebieg choroby zupełnie prawidłowy i dwudziestego piątego dnia choroby ostateczny spadek ciepłoty do normy; odtąd rozpoczął się okres wyzdrowienia.

W przypadku więc naszym, duru brzusznego z gorączką wysokiego natężenia, zawsze nieobojętną dla ustroju, ciepłota ciała wyraźnie się obniżyła o stopień i więcej od drugiego dnia po rozpoczęciu stosowania metody Cantaniego i przez cały czas trwania choroby utrzymywała się w granicach zwykłych, niegroźnych dla ustroju. Pod wpływem umiarkowanego obniżenia ciepłoty ciała i stan ogólny chorego uległ poprawie.

Nastręcza się jednak pytanie, czy tak wielkie ilości płynu zimnego (Cantani dawał swym chorym 5 do 14 litrów wody na dobę) niemogą z innych względów działać niekorzystnie na ustrój chorego na dur brzuszny, czy tą drogą nie obciąża się zbyt narządu naczyniowego a tem samem nie zwiększa pracy serca, co

mogłoby niekorzystnie wpływać na przebieg choroby. Pod tym względem niema, zdaje się, obawy; gdyż nagromadzony chwilowo we krwi płyn zostaje szybko usunięty z moczem. Przeciwskazaną jednak może się okazać metoda Cantaniego w tych przypadkach, w których sprawność nerek jest upośledzona, gdzie zatem niemożna osiągnąć zwiększonej diurezy, co jednak przy durze brzusznym rzadko się zdarza.

Przy stosowaniu przeto metody Cantaniego należy kontrolować ilość moczu wydzielanego pod wpływem obfitego dowozu płynu.

Spostrzeżenia z praktyki

Przypadek niedrożności jelit wyleczony atropiną.

Podał Dr. **F. Nowakowski** (z Działoszyc).

Dnia 16-go Stycznia r. b. o godzinie 9-ej wieczorem zostałem wezwany do chorego, trzydziestoletniego szewca. Chory skarżył się na bardzo silny ból w brzuchu, silne odbijania, bezsenność i brak stolca już od czterech dni. Ciepłota $37^{0},8$. Tętno 108, bardzo drobne. Brzuch wzdęty, powłoki mocno napięte, bardzo na ucisk bolesne. Ręce i nogi zimne. Głos słaby. Z ust zapach kałowy.

Chorego leczył felczer; zalecił olej rycynowy; lecz po wypiciu chory dostał silnych wymiotów; potem stosowano lawatywy - bez skutku.

Zachęcony, pomyślnym wynikiem leczenia atropiną niedrożności jelit, z wielu stron ostatnio zalecanego, zastosowałem ten środek w danym przypadku.

O godzinie 10-ej wieczorem zastrzyknąłem 1 gram rozczynu 0,01 na 10,0. W nocy bóle nieco się zmniejszyły, chory jednak nie spał. D. 17-go nad ranem T.=37,6 P.=104; dano lawatywę, po której wyszło około szklanki kaszkowatego stolca i dużo gazów. O godzinie 10-ej zastrzyknąłem drugą strzykawkę roztworu atropiny. Przez cały dzień chory czuł się znacznie lepiej. Spał 3 godzin. O godzinie 8-mej wieczorem dano lawatywę; skutek taki, jak rano. Zapach kałowy z ust znacznie słabszy.

D. 18-go (T.=37. P.=92) widziałem chorego dopiero wieczorem. Rano dano mu lawatywę, która podobno nie odeszła. Bóle w brzuchu silniejsze. Za poradą felczera dano choremu pigułki aloesowe, poczem nastąpił upadek sił i silne wymioty. Wobec tego o godzinie 6-ej wieczorem wstrzyknąłem trzecią dawkę roztworu atropiny.

Bóle i wymioty w nocy ustąpiły, a po lawatywie (19-go, rano) był obfity kaszkowaty stolec i bardzo duzo gazów. Odbijania i boleści coraz mniejsze. D. 19-go wieczorem chory, który od początku choroby nic jeść ani pić nie mógł, wypił pół szklanki rosołu. D. 20-go chory na bóle zupełnie się nie uskarżał, pił kilka razy rosół. Stolca nie było. D. 21-go (T.=37,6. P.=100.) wobec powrotu bólu i odbijania o 11-ej rano po raz czwarty zastrzyknąłem atropinę. Przez dzień pił chory dwa razy rosół. Wieczorem był obfity kaszkowaty stolec. D. 22-go chory wstał i już od dwu tygodni jest zdrów.

Znając różnorodne przyczyny niedrożności kiszek, już z góry wykluczyć trzeba przypuszczenie, aby atropina we wszystkich przypadkach pomóc mogła. Ale tam, gdzie okazanie pomocy chirurgicznej nie jest możebne, należałoby atropinę stosować zawsze.

W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego.

Podał Dr. **Seweryn Sterling.**

Dr. T. Dunin w artykule „Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego“ (Czas. Lek. 1902. str. 492—500) radzi kolegom prowincyonalnym, by osobiście przygotowywali leki dla swych chorych, t. j. oszczędzali im wydatku na aptekę; to rozszerzenie działalności lekarza wiejskiego i małomiasteczkowego uważa za bardzo pożyteczne, zarówno dla chorych, jak i dla lekarzy.

Wszyscy, którzy w tej sprawie z krytyką wystąpili, odmówili projektowi kol. Dunina zupełnie słuszności.

Samo jednak tak wielkie zainteresowanie, jakie ten projekt obudził, świadczy o tem, że kol. Dunin poruszył sprawę żywotną, nad którą niewolno jeszcze przejść do porządku dziennego.

Z liczby zarzutów, stawianych kol. Duninowi, przedewszystkiem usunąć należy stawiane formie jego artykułu,—niedostatecznej kompetencyi lekarza wielkomiejskiego, zarzuty z powodu opuszczenia tego lub owego środka, zarzuty z powodu sprzeczności projektu z prawodawstwem u nas obowiązującem *) i t. p.

Są to zarzuty niedotykające głównej zasady projektu, który—wogóle - napotkał na zbyt bezwzględną opozycyę.

*) Nie jest prawodawstwo w tym kierunku zupełnie bezwzględnem, kiedy pozwala na to, by w szpitalach siostry miłosierdzia, a w oficyalnej organizacyi pomocy lekarskiej (ziemskiej, gminnej)—felczerzy, przyrządzali lekarstwa.

Tak np., gdy jedni przeciwnicy projektu uważają go za niewykonalny już w samej zasadzie, byli i tacy, którzy bagatelizują go właśnie dla tego, że nieprzedstawia nic nowego, ponieważ to, co proponuje kol. Dunin, już dawno spełniają lekarze innych krajów.

Otóż warto się nieco bliżej zapoznać z postępowaniem wiejskich lekarzy belgijskich, włoskich, francuzkich, niemieckich: w jakich warunkach i w jakim celu zajmują się przygotowywaniem leków dla swych chorych.

Autodyspensacya jest tym lekarzom pozwolona pod następującymi warunkami:

1) w miejscu stałego zamieszkania lekarza niema apteki, a sąsiednia jest oddalona o 7 kilometrów (Austrya), więcej niż o pół godziny drogi (Niemcy);

2) lekarz musi dowieść, że posiada sumę wiadomości niezbędnych do autodyspensacyi;

3) apteczka lekarza musi być urządzona stosownie do specyalnie istniejących przepisów; podlega ona kontroli policyjno-lekarskiej;

4) lekarz musi lekarstwa przygotowywać osobiście, niewyręczając się w tej czynności nikim z domowników;

5) lekarz pobiera za sprzedawane leki opłatę podług taksy aptekarskiej.

Więc nie taniość leków jest celem tworzenia tych apteczek. Lekarz znajduje w aptekarstwie dodatkowe źródło zarobku; zarazem zaś choremu umożliwia szybkie otrzymanie lekarstwa, za cenę normalną.

Nie wolno więc utożsamiać typu tych apteczek z postępowaniem projektowanem przez kol. Dunina.

Trzy zasadnicze zarzuty stawiane temu postępowaniu są: 1) lekarzowi czasu nie starczy na dokładne przygotowanie leków dla swych chorych; 2) wydatek na aptekę nienależy wcale do tych przyczyn, które rzucają lud w objęcia szarlatanów; 3) lud wiejski ma prawo do korzystania ze wszystkich leków, uznawanych za pożyteczne.

Zgodziwszy się na słuszność powyższych argumentów, nie możemy jednak odrzucić całego projektu kol. Dunina.

Bo, popierwsze, nie wszyscy lekarze są stale tak dalece pracą zawodową obarczeni, by im czasu brakowało na przygotowanie leków.

Powtóre—nie tylko wydatek na aptekę gra rolę, ale zarazem oddalenie chorego od apteki.

Więc projekt kol. Dunina może znaleźć zastosowanie wtedy, kiedy w miejscu zamieszkania lekarza niema wcale apteki, a lekarz znajdzie czas na przygotowywanie leków.

W tych warunkach znaleźć go nawet musi, bo chorzy niechętnie zwracać się będą do lekarza, który mieszka we wsi lub

osadzie, gdzie niemożna dostać przepisanych leków. Że zaś coraz częściej w takich miejscowościach będą osiadali lekarze—dla nich koniecznością będzie autodyspensacya.

Tę jedynie wprowadziłbym dla tych lekarzy zmianę w projekcie kol. Dunina, że lekarz musi się *nauczyć* sztuki przyrządzania najczęściej używanych leków *); że w swej apteczce będzie miał te środki, których użycie uważa za pożyteczne dla wszystkich chorych (bez różnicy ich stanu majątkowego); że—wreszcie—większość tych środków będzie nabywał w sąsiedniej aptece jako cruda i jako preparaty galenowe.

Co się zaś tyczy wszystkich innych lekarzy praktykujących wśród ludu, to stanowczo każdy powinien *wozić* ze sobą **) *apteczkę podręczną*, zawierającą, obok materyału opatrunkowego, środki lekarskie najczęściej używane i środki używane w wypadkach nagłych.

Taka apteczka podręczna podniesie wartość pomocy lekarskiej dla tego, że wraz z wizytą lekarza rozpocznie się leczenie chorego (obecnie między daniem porady a zastosowaniem leku mija różnie długi przeciąg czasu—zależny od oddalenia od apteki).

Lekarz, który choremu własną ręką zrobi pierwszy okład z wody Burowa, poda pierwszy proszek chininy czy kalomelu, wyliczy pierwsze krople morfiny, zasypie jodoformem owrzodzenie—da pomoc więcej namacalną, bezpośrednią, aniżeli, kiedy, odjeżdżając chorego, zostawi jako jedyny ślad swej bytności — receptę, obiecującą rozpoczęcie leczenia dopiero za parę lub kilkanaście godzin.

Ta „materyalizacya" pomocy uczyni postępowanie lekarza nieco podobnem do postępowania felczera; mnie się zdaje, że to będzie krok naprzód w sprawie spopularyzowania racyonalnego lecznictwa.

W tym właśnie fakcie widzę wartość projektu kol. Dunina.

O ile wiem, bardzo niewielu lekarzy prowincyonalnych w sposób wyżej opisany postępuje, jeżeli są wogóle tacy. Myśl rzucona przez kol. Dunina powinna być pobudką do próby w tym kierunku.

Urzeczywistnić ten projekt będzie łatwiej, jeśli któryś z warszawskich składów naczyń aptekarskich zbuduje odpowiednią szkatułkę poręczną, zaopatrzy ją w pewną ilość buteleczek i słoików ze szklanymi korkami. wyzyska pomysłowo całą przestrzeń szkatułki, czyniąc ją wygodną w użyciu.

*) Kolegom, którzyby się tego podjąć chcieli, mogę polecić dwie książki: 1) Jaquet, Grundriss der Arzneiverordnungslehre mit Berücksichtigung der Arzneidispensierkunde für selbstdispensierende Aerzte. Basel 1902. Str. 310. 2) Pichler, Die aerztliche Handapotheke, deren Einrichtung und Betrieb, nebst einer Anleitung zur Anfertigung der Arzneien. München, 1901. Str. 88.

**) Albo mieć w punktach dojazdowych (p. artykuł kol. Eichlera w zeszycie lutowym).

Wedy każdy lekarz wyjeżdżający na prowincyę zaopatrywał by się nie tylko w narzędzia chirurgiczne i akuszeryjne, ale i w apteczkę, którą jednak powinien zapełniać środkami z miejscowej apteki.

Pozostaje sprawa ceny leków.

Zdaje mi się, że tę właśnie sprawę wyjaśniły artykuły pisane przeciw projektowi kol. Dunina.

W większości przypadków niegra ona tej roli, o której kol. Dunin mówi; to też za leki wydawane z apteczki domowej można by pobierać jakąś stałą cenę (od 20 do 30 kop.); za leki wydawane w małej ilości z apteczki podróżnej—żadnej oddzielnej zapłaty nie należałoby żądać, (wyjątek mogą czynić materyały opatrunkowe).

Dla przykładu wypisuję przypuszczalny komplet szkatułki z apteczką podręczną:

8 flaszek po 100.0 (Aq. destillata, Aether, Chloroform, Liq. Alum. ac., Lysol, Ol. Ricini, Ol. Terebinth., Spiritus saponat.).

6 flaszek po 25.0 (Ac. carbol. liquef., Ac. muriat., Liq. Amm. anis., Liq. Amm. caust., Solutio Nylanderi. Thiol., Tinct. valer. aeth.).

12 flaszek po 10,0 (Ac. nitric. pur. Apomorph. sol., Argenti nitr. sol., Camphor. sol., Cocaini sol., Coffeini sol., Chloralum hydr., Ergotinum, Tinct. Jodi, Tinct. Opii sim.,—benzoica, Tinct. Strophanti.)

10 słoików po 25,0 (Ac. boric., Magn. carb., Natr. bicarb., Natr. brom., Natr. salic., Pasta salicyl., Pulv. Liquir. comp., Pulv. salic. c. Talco, Sal Carolin. art., Vaselinum).

12 słoików po 10,0 (Chinosol., Collodium, Dermatol., Jodoform, Kal. jodat., Kal. permang.. Lanolin. anhydr., Rhei rad. pulv., Un. cinerei, Un. ac. borici, Un. Hydr. ppti, Ug. Zinci).

W szufladce 15 pudełek z proszkami (Antifebr., Ac. benzoic., Antipyr., Calomel – w 3 różn. dawk., Camphor., Chinin., Codein., Coffein., Digitalis fol., Opium pulv., Phenacet., Salol, Sulfonal.).

Arg. nitr., Chartae explorat. Chartae sinapism. Cupr. sulf. Empl. diah., Serum antidipht.

Środki opatrunkowe. Łyżka. Menzurka. Szpadel. Strzykawki. Pipetki. Pędzelki, Bibuła. Próbówka.

Kilka próżnych flaszek aptecznych.

W sprawie t. zw. „monopolu lekarskiego."

Podał Dr. J. **Brzeziński** (z Zawiercia).

Artykuł Lekarza o „monopolu lekarskim," wydrukowany w „Kur. Sosnowieck." a szczegółowo zreferowany w № 1-ym „Czasop. Lekar.," wart jest wszechstronnego rozpatrzenia i publicznego przedyskutowania, o co zresztą sam autor w końcu artykułu prosi.

Dzisiejsza organizacya pomocy lekarskiej dla robotników polega na tak nazwanym przez autora „monopolu lekarskim": robotnik, chcąc korzystać z zapewnionej mu przez prawodawstwo, a przez fabrykanta opłacanej, pomocy lekarskiej, musi się udawać do danego lekarza fabrycznego (kopalnianego) bez względu na to, czy mu się ten lekarz podoba lub nie. Że ten system może być powodem takich nieporozumień i niemiłych zajść pomiędzy lekarzem i pacyentem, jakie nigdy w praktyce prywatnej się nie spotykają, najzupełniej z autorem się zgadzam.

Robotnik w swoim lekarzu widzi przedewszystkiem urzędnika fabrycznego, który bada stan fizyczny nowowstępujących robotników, spisuje protokuły o uszkodzeniach i załatwia wiele innych czysto biurowych czynności, obok właściwego leczenia. Ponieważ zaś pomiędzy zarządem fabryki a robotnikiem istnieje zawsze pewien antagonizm, to niechęć, jaka stąd wynika, obejmuje także i osobę lekarza. Z tej niechęci snują się już dalsze konsekwencye: podejrzywa się lekarza, że dla oszczędności zapisuje lekarstwa tańsze, a więc mniej skuteczne; że samych chorych traktuje niedbale i ozięble, zachowując się względem tych, podobnie jak zwierzchność fabryczna, zbyt oficyalnie. Z powodu tych uprzedzeń robotnicy często są niezadowoleni ze swoich lekarzy, leczą się u nich bez zaufania, szukając nieraz rady u lekarzy obcych, którym już sami muszą honoraryum płacić.

Położenie lekarza fabrycznego jest z tego powodu bardzo nieprzyjemnem, ponieważ odczuwa, że robotnik leczy się u niego bez zaufania; że to może każdego zniechęcić i paraliżować najlepsze zamiary, nie trudno się domyślić. Powtóre, lekarz fabryczny jest zwykle przeciążony pracą, którą mu utrudnia głównie ta okoliczność, że wśród zasięgających jego porady części są symulanci, a wielu chorych zgłasza się z tak bagatelnemi cierpieniami, na które przy płatnej pomocy lekarskiej nikt się zwykle nie leczy. Lwią część chorych ambulansowych stanowią cierpiący na bóle mięśniowe wskutek znużenia, chwilowe bóle głowy lub uczucie ciężkości w „dołku" i t. p. Tacy chorzy wyczerpują umysł lekarza, stępiają spostrzegawczość; że zaś takich jest bardzo wielu, zdarzyć

się musi, że istotnie chory zostaje wprost przeoczony. Wiemy wszyscy, jak często wzywają lekarzy fabrycznych do domu, budzą w nocy, do takich cierpień, do których człowiek zamożny, nawet bardzo dbający o swe zdrowie, wstydziłby się trudzić lekarza. Lekarz fabryczny po paru latach doświadczenia musi się mieć na baczności, by nie wyzyskiwano jego czasu, bo w przeciwnym razie nie podołałby pracy lub zaniedbał istotnie chorych; a ta niewiara, niewątpliwie, źle wpływa na jego stosunek do chorych. Jest to, podług mnie, najważniejsza wada dzisiejszego systemu i najtrudniejsza do usunięcia. Ale jest ona następstwem nie monopolu lekarskiego, lecz bezpłatności porad.

Radykalne lekarstwo na wszystkie te braki zarówno odczuwane przez robotników, jak i przez lekarzy, widzi L e k a r z w zniesieniu monopolu lekarskiego, czyli proponuje, aby robotnik z kartką, otrzymaną z fabryki, miał prawo się udać po poradę do każdego z lekarzy, zamieszkałych w danej miejscowości.

Na tym projekcie przedewszystkiem zyskali by lekarze. Zyskaliby materyalnie, bo przy dzisiejszych warunkach otrzymuje lekarz rocznie płatny za jedną poradę lub zabieg operacyjny 10 do 15 kop.; za kartkę otrzymał by przynajmniej najniższe honoraryum t. j. jakieś 30 czy 50 kop. Powtóre, miałby lekarz tylko takich pacyentów, których przyprowadza doń wiara i zaufanie. Nie wyzyskiwano by go, ponieważ każda kartka byłaby poniekąd ekwiwalentem za trudy poniesione. Jednem słowem, projekt ten usunął by odrazu wiele braków, z powodu których cierpi lekarz fabryczny przy dzisiejszej organizacyi.

Ale na tem się kończą dobre strony i zaczynają wady: 1-o) projekt nie dał by się wykonać w tych miejscowościach, gdzie nie ma innych lekarzy; 2-o) niektóre funkcye lekarskie przy fabrykach, jak dozór sanitarny, rewizye nowowstępujących robotników, prowadzenie szpitala i in. wymagają stałego lekarza; 3-o) system ten rozwinął by wiele niedających się skontrolować nadużyć ze strony robotników, którzy łatwo by mogli oddawać kartki osobom, nienależącym do personelu fabrycznego lub wprost te kartki sprzedawać; chory przechodziłby bardzo często od lekarza do lekarza, co ma wielkie złe strony i jest często niepotrzebnym wydatkiem.

Pomijam jednak te wady, wynikające z trudności organizacyjnych, mogę nawet się zgodzić, że dały by się przy dobrych chęciach usunąć lub przynajmniej sprowadzić do minimum. Pozostanie jednak wada zasadnicza, polegająca na tem, że przy proponowanym systemie pomiędzy chorym i lekarzem stanęła by osoba trzecia, a mianowicie przedstawiciel zarządu fabryki, wydający kartki. Łatwo sobie wyobrazić, jakie by stąd płynęły konsekwencye dla chorych!

Jeszcze najlepiej wyszli by na tym systemie neurastenicy, hypochondrycy i wszelacy chronicy, którzy, jak ćma na światło, rzucają się na każdego nowego lekarza i równie prędko go opuszczają; ci napewno dogadzali by z zamiłowaniem swej manii leczenia się. Lecz ciężko chorzy, potrzebujący codziennej lub częst-

szej obecności lekarza w ciągu dłuższego czasu, czy zawsze otrzymali by kartkę bez trudności? czy zarząd fabryki, widząc olbrzymio zwiększające się koszta, nie wywierałby presyi na rozdawcę kartek w celu ograniczenia ich ilości?

Że tak by się działo, jest rzeczą pewną.

Przy dzisiejszej organizacyi lekarz odwiedza chorego tyle razy, ile uważa za potrzebne; jeżeli zaś czasem przy nadmiarze zajęcia lub w nocy odmówi pójścia do chorego, to czyni tak na podstawie pewnych danych, które tylko on, jako lekarz, ocenić umie (a czego zupełnie niemoże ocenić urzędnik fabryczny, odmawiający kartki do lekarza).

Jednem słowem, na zniesieniu monopolu lekarskiego zyskali by tylko lekarze; właściciele fabryk może by cóś stracili, a robotnicy w najlepszym razie nic by nie zyskali. Ponieważ zaś każdy projekt w tej materyi powinien uwzględniać w pierwszej linii interesy tych ostatnich, propozycyi Lekarza nie wolno uznać za krok ku poprawie istniejących stosunków.

Sądzę, że nie monopol lekarski jest najważniejszą przyczyną wadliwości dzisiejszej organizacyi. Istniał on już dawno i dotąd istnieje na innych polach naszej pracy i nie pociąga za sobą takich złych skutków. Wszak w szpitalach, gdzie tylu chorych się leczy, nie wolno zasięgać porady u innych lekarzy, prócz szpitalnego. A po miasteczkach i po osadach, gdzie w kilkomilowym promieniu mieszka jeden lekarz, czy nie ma faktycznego monopolu? Czy jednak nie zdobywa ten sobie lekarz ogólnego zaufania, jeżeli jest pracowity i sumienny?

Podług mego zdania, główna przyczyna wszystkich niedomagań pomocy lekarskiej dla robotników polega na przeciążeniu pracą lekarzy fabrycznych; wielkie fabryki mają za mało lekarzy, mniejsze--za mało płacą; lekarze muszą załatwiać chorych zbyt prędko i powierzchownie; inaczej nie mogą, bo brak im czasu na sumienne i szczegółowe badanie. Sam autor opisuje, że obok innych licznych zajęć przyjmuje codziennie w ambulatoryum przeszło 40 chorych (wiemy, że istnieją jeszcze liczniejsze ambulatorya). Otóż, czy może jeden lekarz przyjąć w ciągu kilku godzin taką ilość chorych? czy może być tu mowa o jako-tako dokładnem badaniu? czy po 25-ym chorym może lekarz dalej pracować bez kilkogodzinnego odpoczynku? Stanowczo nie! Przypuśćmy nawet, że lekarz posiada kolosalną wprawę, szybko się orientuje i prędko decyduje; czy jednak takie załatwianie ambulansu może zadowolić chorych, którzy chcieliby opowiedzieć lekarzowi o tem lub owem, podług nich: o szczegółach bardzo ważnych. Czy taka szybkość nie musi czynić wrażenia, że się ich lekceważy i zaniedbuje? Podług mnie, tu znajduje się rdzeń kwestyi. Jeżeli robotnik widzi, że się lekarz jego chorobą szczerze zajmuje, to napewno poweźmie do niego zaufanie, nie będzie w nim widział urzędnika fabrycznego i na myśl mu nie przyjdzie podejrzywać go o oszczędzanie lekarstw.

Nie przeczę, że monopol lekarski ma swoje złe strony. W powodzeniu lekarza, jak wiadomo, odgrywają ważną rolę nie tylko wiedza i sumienność, ale także cechy czysto zewnętrzne. Dzięki tym cechom lekarz u jednych zyskuje sobie ogromne zaufanie i wziętość, u innych, przeciwnie, natrafia na nieufność i lekceważenie. Na to nie mamy rady i tak być musi, dopóki istnieć będzie indywidualność ludzkich upodobań. Przyjemnem jednak nie można nazwać położenia takiego pacyenta, który zmuszony jest udać się do niemiłego sobie lekarza i tę okoliczność należy uwzględniać przy tworzeniu nowych projektów. Sądzę, że wystarczył by tu w zupełności system dualistyczny. Wielkie fabryki posiadają go, ponieważ obowiązane są do utrzymywania 2 lub więcej lekarzy; można by go jednak zastosować także do małych fabryk, jak to już zrobiono w niektórych miejscowościach. System ten ma następujące dobre strony: 1-o) daje się łatwo zaprowadzić, bo zależy od wzajemnego układu dwu lub kilku lekarzy, którzy by zechcieli podzielić się swą pensyą; 2-o) lekarze nie są skrępowani w wyjazdach na odpoczynek, ponieważ wzajemnie zastępować się mogą; 3-o) chorzy mają prawo wyboru pomiędzy kilkoma indywidualnościami lekarskiemi. Jestem przekonany, że przy podwójnym systemie, przy uwzględnieniu warunku, że lekarze nie będą przeciężeni pracą, liczba niezadowolonych robotników była by bardzo małą. *)

Dla tego też sądzę, że na dzisiaj należy nam wszędzie zaprowadzić system podwójny, a przedewszystkiem dążyć do polepszenia bytu przez zwiększenie wynagrodzenia i pomnożenie liczby lekarzy fabrycznych.

W końcu słów kilka w sprawie, mającej tylko luźny związek z poprzednią. Autor artykułu mówi, że w praktyce prywatnej „zachęca lekarza i pcha do pracy dążenie do pewnego rozgłosu, pewnej dobrej sławy, a przecież szlachetną to jest chyba pobudką czynów.“ Bez wątpienia szlachetną! Ale szlachetniejszą i więcej uspołecznioną pobudką będzie poczucie obowiązku, poczucie przynależności do społeczeństwa, które potrzebuje od nas pewnej pracy i wymaga sumiennego jej wykonania. Tylko w społeczeństwach mało kulturalnych pracownik źle pracuje, o ile nad nim nie stoi dozorca, lub o ile nie widzi w tej pracy zysków materyalnych, czy też zadowolenia ambicyi. Zgodniej z postępem będzie starać się przystosować siebie do nowych form bytu, niż dążyć do ich zniesienia.

*) Występując przeciwko zniesieniu monopolu lekarskiego, nic nie mam przeciw leczeniu robotników przez specyalistów; przeciwnie, jestem zdania, by brali oni najszerszy udział, gdzie tylko to jest możliwe.

Kilka danych o poglądach na etyologię, rozpoznawanie i zapobieganie gruźlicy przed stu laty.

Podał Dr. **S. Łagowski** (z Radzymina).

Opracowując—z powodu zbliżającej się setnej rocznicy pierwszego wydania „Teoryi jestestw organicznych“ Jędrzeja Śniadeckiego—charakterystykę jego osoby i jego najcelniejszego dzieła, przejrzałem i wiele innych prac tego, bez zaprzeczenia jednego z najwybitniejszych lekarzy polskich. Wpracach tych znalazłem nieprzebraną kopalnię trafnych poglądów. Zestawienie niektórych z tych poglądów z dzisiejszymi może być i ciekawe i pouczające. Obecnie, gdy walka z gruźlicą zajmuje cały świat cywilizowany, do najciekawszych zapewne zaliczyć można zapatrywania Śniadeckiego w tej sprawie. Dla tego to, dodając do odnośnych wyciągów odpowiednie komentarze, czuję się w prawie podać owe wyciągi do wiadomości ogółu.

Śniadecki o gruźlicy mówi w dwóch swoich pracach, mianowicie: w traktacie „O fizycznem wychowaniu dzieci“ (Dziennik Wileński r. 1805) i w pracy „O wyziewach jadowitych i zarazach“ (Pam. Tow Lek. Warsz. T. I.). Ponieważ jedna z tych prac jest popularna, przeznaczona dla szerokich kół społecznych, a w drugiej autor tylko mimochodem o suchotach wspomina, więc nie mamy tam wyczerpującego opisu gruźlicy, ale tylko kilka uwag co do etyologii choroby, jej rozpoznawania i zapobiegania. Zaczniemy od zołzów.

„Skrofułę dwojako uważać można. Raz jako chorobę, drugi raz jako szczególną konstytucyę ciała, prowadzącą do rozlicznych, a niekiedy nawet i ciężkich chorób. Z tego tylko ostatniego względu uważać ją w tem miejscu mogę, nie zawsze ona jest w ścisłem znaczeniu dziedziczna, czyli wprost z rodziców spadająca na dzieci; ale jest najpospoliciej własnością niektórych rodzin i w tych ledwo komu przebacza. Spada też dosyć często i prosto z rodziców, ale daleko więcej z matek jak z ojców i może dla tego, że jej dziewczęta więcej podlegają od chłopców.

Daje się ta konstytucya poznać po skórze delikatnej, cienkiej, niezmiernie białej i połyskującej się; po żywym i okrągłym na policzkach rumieńcu; po wierzchniej wardze cokolwiek większej, nabrzmiałej i przegrodzie nosa dość grubej. Oczy duże, połyskujące się, błękitne, w twarzy niejaki wyraz tkliwości; włosy zazwyczaj jasne i miękkie; gruzły limfatyczne, na szyi zwłaszcza, pobrzękłe i twarde, są tej chorobie właściwe. Zęby zaś zawsze bywają białe i zdrowe. Są pisarze, którzy nawet samą piękność poczytują za własność tej choroby lub konstytucyi. Co gdyby i tak

było, tyczyłoby się tylko delikatności płci, ale nie regularności rysów twarzy, lub budowy całego ciała. Oprócz tego dzieci konstytucyi skrofulicznej mają wiele dowcipu, przenikliwości i zdanie nad wiek, przy nadzwyczajnej ciekawości i bystrem pojęciu.

W naszym kraju konstytucya skrofuliczna dosyć jest pospolita. ale rzadko dojrzewa, że tego użyję wyrazu; a zatem rzadko prawdziwą staje się chorobą. Wszakże dla tego, na tak usposobione dzieci największą w wychowaniu należy mieć baczność, są albowiem dolegliwości, które się nawet w dalszym wieku z tej konstytucyi urodzić i do grobu lub kalectwa poprowadzić mogą.

Usposobienie zaś do skrofuły nie wydaje się w nowo-narodzonych lub ssących niemowlętach; ale się zaledwie pokazuje w 3 lub 4 roku. Sama choroba nigdy nie wybucha przed skończeniem tego okresu. Nie można tej choroby mieć tak, jak krzywicę, za owoc gnuśności, lub miękiego i rozpustnego życia; równie ją albowiem spostrzegamy w klasie ubogiej, jako i majętnej, owszem daleko częściej tulić się zdaje do niedostatku, utrapienia, nędzy i niechlujstwa. Dla tego u nas nigdzie jej więcej nie można widzieć, jak pomiędzy żydowstwem. Są atoli kraje i prowincye, są niektóre miejsca takie, w których sobie więcej podoba i gdzie się lepiej udaje.

Tak Wielka Brytania jest ulubioną tej choroby ojczyzną. W ogólności powietrze wilgotne i zimne więcej jej sprzyja; i dla tego w krajach północnych, zapadłych, bagnistych, lub nadmorskich bardzo jest pospolita. Dla tego i mieszkania wilgotne, nieprzewietrzane, ciasne i zimne, nieochędóstwo i ubóstwo; złe, zepsute, mało pożywne pokarmy, a przy tem opuszczenie się i zupełna nieczynność; sen nadto długi, gnuśność, utrapienie i ciągłe zgryzoty, najwięcej pomagają tej chorobie. Uważano także, że pokarmy mączne, krochmalne i kléjowate, więcej jej sprzyjają, jak zwierzęce. Dla tego odmiana pomieszkania, to jest: i domu, i miejsca; powietrze ciepłe i suche; lekka praca przy wygodach potrzebnych; flanelowe odzienie, częste rozcieranie ciała kuczbają lub szczotkami; pokarmy zwierzęce z roślinnemi świeżemi mieszane; rozrywki i ciągła wesołość; nie tylko w konstytucyi skrofulicznej wybuchnięciu choroby przeszkodzić, ale i samą konstytucyę zniszczyć powoli mogą. Doświadczenie jednakże pokazło, iż nic tej konstytucyi tak dobrze nie niszczy, jak zimne kąpiele, mocnem poruszeniem ciała przeplatane; a mianowicie kąpiele morskie, w której anglicy największą pokładają ufność. W miejscach wszakże od morza dalekich, można wodę morską mocnym rozczynem soli kuchennej, lub solnika wapiennego zastąpić. Używanie wina lub innych mocnych trunków w dzieciach nie radzę.

Konstytucya skrofuliczna jest zazwyczaj własnością niektórych rodzin, a choć czasem tę lub ową osobę opuszcza, wszelako z domu wychodzić nie zwykła. Dla czego w kojarzeniu małżeństw na konstytucyę tę bardzo uważać należy."

Chociaż powyższy opis cech konstytucyi skrofulicznej jest tylko popularny, jednakże uderza w nim umiejętność spostrzega-

nia. Bo też Śniadecki, jako klinicysta, był wielkim zwolennikiem szkół Hipokratesa i Sydenhama (†. 1689). Ten ostatni, lekarz angielski, należał do obozu tych lekarzy, którzy trzeźwiej patrząc na rzeczy, odrzucili w patologii wszelkie dociekania teoretyczne, a główną uwagę zwrócili na zdobywanie faktów drogą spostrzegania klinicznego. Jego opisy pedogry, ostrych chorób wysypkowych, histeryi, do dziś nie straciły na wartości i służyć mogą za wzór trzeźwego krytycyzmu i zdumiewającego prawie daru spostrzegawczego.

Następnie, widzimy, że za warunki sprzyjające rozwojowi zołzów poczytywano, prócz warunków klimatycznych, głównie ciasne, nieprzewietrzane, wilgotne mieszkania, brud i nieodpowiednie pożywienie. Stąd wyciągano wnioski co do postępowaniu zapobiegawczego, za najskuteczniejszy zaś środek w walce z konstytucyą skrofuliczną uznawano: „zimne kąpiele, mocnem poruszaniem ciała przeplatane, mianowicie, kąpiele morskie.“ I dzisiaj zołzy, resp. gruźlicze zajęcia stawów, gruczołów, kości i skóry stanowią jedno z głównych wskazań do użycia kąpieli morskich, z tą jednak różnicą, że w wielu z tych stanów chorobowych kąpielom z ogrzanej wody morskiej i wycieraniom całego ciała ciepłą lub zimną wodą morską oddajemy pierwszeństwo przed kąpielami w otwartem morzu. Kąpiele stanowią część leczenia, i to najmniejszą, gdy obfite racyonalnie dostosowane pożywienie, jako też leżenie w ciągu całego dnia na wolnem powietrzu morskiem są najważniejszymi zabiegami leczniczymi.

O gruźlicy płuc Śniadecki tak powiada:

„Jest atoli choroba dziedziczna daleko cięższa i u nas dość pospolita, która niekiedy od skrofulicznej konstytucyi zależy, pospolicie śmierć nieuchronną za sobą ciągnie i najpiękniejszą uprzątą młodzież, u którejby najwięcej i najmocniej zapobiegać przez wychowanie można. Taką chorobą są suchoty. Klęska ta tak jest w niektórych częściach Europy wielka, iż tyle niemal corocznie psuje młodzieży, ile sama wojna. Dosyć powiedzieć, że w Anglii około 40,000 ludzi na rok z samych suchot umiera. Bywają tak nieszczęśliwe familie, iż w nich rzadko kto 30-go lub 40-go dożyje roku. Ale że się właśnie w tych familiach zdarzają osoby, które z tą samą co ich rodzeństwo budową ciała, z tem samem usposobieniem, z temi samemi skłonnosciami żyją długo, i wzmiankowanej choroby nie dostają, wypada koniecznie, iż musi być jajakiś sposób wychowania i życia, który, pomimo familijną skłonność, uchronić od tego nieszczęścia może. Nad tem więc zastanowić się nieco postanowiłem, i to, co mi uwaga i doświadczenie podało, z czytelnikiem moim podzielić. Suchoty nie zawsze zawisły od jednej i tej samej budowy ciała; nie zawsze wynikają z powziętego od rodziców usposobienia, ale też bywają niekiedy i przypadkowe; bo w osobach nie okazujących żadnych znaków oczywistej do nich skłonności nie zawsze tym samym poczynają się i idą trybem; co oczywiście dowodzi, iż od rozmaitych muszą zależeć przyczyn, a zatem nie zawsze są jednej i tej samej natury.

Z tej zaś uwagi wypada że, gdy i źródła ich są rozmaite i przyrodzenie poniekąd różne, nie tylko je leczyć ale i zapobiegać im rozmaitym sposobem należy. Najpospolitszy wszakże i do leczenia najgorszy jest ten gatunek, który w skrofułowych konstytucyach i ze skrofuły się rodzi, od twardych gruczołków czyli guzików, w samej masie płuc utworzonych zależy, i przez ich zaognienie i ropienie skrofuliczne powstaje. Dla czego lekarze gatunek ten gruczołkowemi suchotami (phtisis tuberculosa) nazywają. Osoby młode, do tego rodzaju suchot usposobione, pokazują tę chorowitą skłonność w samym składzie ciała, a skład ten budową suchotniczą pospolicie się zowie. Ta budowa jest następująca: wzrost wysmukły i cała postać bardzo cienka; szyja długa, piersi wązkie, sterczące na kształt skrzydeł łopatki, ręce i nogi cienkie a długie, długie i spiczaste palce. Przy takiej postaci zęby są piękne i bardzo białe, skóra delikatna i połyskująca się, żyły pełne i wydatne, włosy najczęściej jasne i oczy błękitne, lubo bywają niekiedy i oczy i włosy mocno czarne i połyskujące się. Raz wszczęte w tak zbudowanych ciałach suchoty, są zazwyczaj śmiertelne, a lekarze uważają ten ich gatunek za najgorszy. Ale też właśnie uważałem, iż ich najczęściej unikają tak usposobione osoby, a przypatrując się bliżej ich sposobowi życia, że tak niemal bronią się od tej śmiertelnej choroby, jak żyć i dzieci chodować radziłem, ażeby skrofuliczną konstytucyę przytępić lub zniszczyć. Wszakże jeżeli mocą tej konstytucyi powstały już w płucach gruczoły i zaognieniem się grożą, lub już zaogniać się poczynają, takowy sposób życia szkodliwym być może. Ile albowiem uważać mogłem, (a znałem i znam jeszcze takie osoby), tak zbudowana młodzież, żyjąc twardo, w niewygodach, pracy, nie wysztrzegając się niczego, ale żyjąc skromnie, przy często nawet wybuchających katarach, nie dostawała suchot Dla czego wojskowa służba, lub pracowite życie gospodarskie na wsi, najlepiej im służą. Jeszcze znam takich, którzy z poczynającą się niemal chorobą wszedłszy do wojska, po odbyciu najpracowitszych kampanii, powracali zdrowi i czerstwi. W miastach osoby takie najczęściej padają niechybnie ofiarą wygodnego życia i uciech. Lecz jeżeli się gruzły zaognią i prawdziwe rozpoczną suchoty, taki sposób życia nie służy więcej i bieg choroby znacznie przyśpieszyć może. Dzieci więc usposobione do tego rodzaju suchot tak należy, zdaniem mojem, hodować jak skrofuliczne.“

Uznawano tedy suchoty za wielką klęskę społeczną i rozróżniąno gruźlicę płuc dziedziczną i nabytą, a następnie różne postaci suchot, zależnie od tej lub innej konstytucyi ciała, od tego lub innego zródła ich powstawania, za najniebezpieczniejszą zaś postać poczytywano gruźlicę, rozwijającą się na tle konstytucyi skrofulicznej, chociaż zołzów samych, jak się okazuje, nie uważano za sprawę identyczną z gruźlicą. Co do wskazówek dyagnostycznych, to największe znaczenie przypisywano charakterystycznej budowie ciała, resp. t. z. naszemu habitus phtisicus, dalej osobliwemu blaskowi oczu i barwie włosów. Blondyni np. częściej

mieli podlegać zołzom i suchotom, niż szatyni lub bruneci i obecnie, jak to na pewno stwierdzono, barwa zarostu może być niekiedy wskazówką dyagnostyczną, gdyż faktem jest, że ofiarami suchot częściej stają się nie blondyni, lecz rudzi, a szczególnie ci blondyni, szatyni lub bruneci, którzy mają rudy zarost na wargach, brodzie i częściach płciowych (47%). Stosownie do różnych źródeł powstawaniu suchot i różnych ich postaci, różne też powinny być i środki zapobiegawcze. I tak osobom z t. z. habitus phtisicus na tle konstytucyi skrofulicznej, zaleca autor te same środki zapobiegawcze, co i skrofulicznym, a mianowicie; odmianę pomieszkania, t. j. i domu i miejsca; powietrze ciepłe i suche, lekką pracę przy wygodach fizycznych, częste rozcieranie ciała szczotkami, rozrywki. A w innem jeszcze miejscu tego samego traktatu dodaje: „te dzieci, które mogły powziąść w dziedzictwie usposobienie do suchot, przez całe życie od zimna ochraniać należy. Nie tylko albowiem nagła przemiana zimna i ciepła łatwo sprowadza katary, których się w takim razie bardzo chronić potrzeba, ale, powiększając pracą i irrytacyę płuc, do zaognienia się ich powód dać może, a zaognienie się to łatwo wybuchnięcia suchot przyczyną się staje. W ogólności dzieci z suchotników spłodzone nie mają być narażane na tyle niewygód ile mocne i zdrowe. Trzeba je cokolwiek cieplej ubierać, nie pozwalać im tak długiego i mocnego biegania jak innym, i ochraniać od nagłych przemian ciepła i zimna. Opięte, niewygodne i krępujące ubiory, jakim jest np. husarski, który się dla piękności wielu rodzicom podoba, cale nie jest dziecinnym; strój majtkowski, jako wolny i cale niezapięty, zdaje mi się najprzyzwoitszym aż do ukończenia wzrostu; bo do biegu, skoków, jazdy konnej i wszelkiego innego poruszenia ciała bardzo wygodny. Ubiór małych dziewcząt, jaki się teraz pomiędzy nami używa powszechnie, także jest dobry, bo przecież dzięki Bogu, ustały sznurówki i trzewiki na korkach; szkoda tylko, że się pomiędzy damami wracają gorsety, które także były ustały. Spodziewam się przynajmniej tyle po matkach rozsądku, że ich małym córkom narzucać nie będą. Teraźniejszy ubiór naszych dam wart z wielu względów pochwały; jest albowiem dosyć wygodny i swobodny, a naturalną kibić bardzo dobrze oddaje. Szkoda, że ubiór ten—od Greczynek przejęty—na nasz klimat bardzo jest lekki i podczas zimy bardzo często ciężkiego przeziębienia bywa przyczyną.“

Jeżeli jednak mocą konstytucyi skrofulicznej powstały już w płucach gruczołki i zaognieniem się grożą, to autor radzi wziąść się do środków hartujących ciało, a za takie poczytuje skromny, prawie spartański tryb życia, wojskową służbę i zajęcie się gospodarstwem na wsi. Dzisiaj z wyjątkiem tego ostatniego środka, na inne zalecane przez autora, chybabyśmy się nie zgodzili.

Wreszcie, odmienne znowu środki zapobiegawcze proponuje S n i a d e c k i w tej postaci suchot, która rozwija się na tle t. z. erethismus circulationis, a którą opisuje temi słowy: „Ale jest inny gatunek suchot, żywej i najpiękniejszej właściwy młodzieży,

który od bujności i łatwej irrytacyi systematu arteryalnego zależy; częstem krwi pluciem do zaognienia płuc i ropienia prowadzi, a niekiedy bardzo prędko kończy się śmiercią. Osoby skłonne do tego rodzaju suchot mają mocny i żywy rumieniec, są niezmiernie czułe, i czerwieniące się za najmniejszą okazyą, a w pierwszej młodości tracą krew z nosa za każdem poruszeniem ciała lub rozgrzaniem się i to częstokroć bardzo obficie; są wesołe, lubią gry, bieganie i tańce. ale się łatwo mordują i, jak mówić zwykliśmy, mocno robią piersiami. Ściśle mówiąc, tego gatunku młodzież niema żadnej pewnej i sobie właściwej postaci ciała, ale bywa, że takie usposobienie do krwi plucia łączy się z prawdziwą suchotniczą budową, i naówczas stanowi usposobienie najgorsze, którego zniszczyć niepodobna.

Osoby tego rodzaju konstytucyi mają skórę delikatną i białą, a policzki mocnym okrągłym i jakby wyrzniętym pokryte rumieńcem. Po jedzeniu lub ciepłym napoju rumieniec ten niezmiernie się wzmaga i łatwo pot występuje na twarz. W małych dzieciach nie prędko tę konstytucyę postrzedz można, ale ostrzega poniekąd o niej mocny rumieniec i częste płynięcie krwi z nosa. Należy takie dzieci, ile być może, powściągać od mięsa, samemi karmić roślinami, wprawiać do życia wstrzemięźliwego i pracy, bronić im długiego snu, wszelkich fermentowanych trunków, wszelkich korzeni i goryczy, a zalecać owoce, jarzyny i kwasy. Prócz tego potrzeba je nosić zawsze lekko i chłodno, nie pozwalać spać w pierzu, zabronić gwałtownej fatygi, zwłaszcza polowania, a nadewszystko tańców w wielkich zgromadzeniach lub mocno ogrzanych pokojach. Wszystkie ich poruszenia i ćwiczenia ciała odbywać należy w wolnem i chłodnem powietrzu. Z pomiędzy innych rodzajów ruchu, najlepiej im służy jazda konna. W dalszym, to jest bliższym dojrzałości wieku, można im nawet kiedy niekiedy wypuszczać krwi, zapobiegać ile można gwałtownym namiętnościom, przyzwyczajać do odmian powietrza, ale bronić mocno zbliżenia się do ognia, zwłaszcza po znacznem ochłodzeniu lub na ziębieniu. Dorosłe nawet z taką konstytucyą osoby powinny uciekać z izb gorących, unikać długiego narażenia się na upał słoneczny, strzedz się ciepłych kąpieli, a nadewszystko parowych. Jeżeli ta konstytucya połączona jest z poprzedzającą, uniknąć suchot albo jest niepodobna, albo przynajmniej bardzo trudno. To, albowiem co od skrofuły ochrania i broni, do zaognienia płuca i krwi plucia pomaga, to, co tym zapobiega, skrofule sprzyja."

Wiele z tych środków zapobiegawczych, jako to: unikanie, wszelkich wysiłków fizycznych, tańców w mocno ogrzanych i przepełnionych tłumem gości salach, następnie, wykonywanie wszystkich ćwiczeń ciała na wolnem i chłodnem powietrzu jeszcze i dzisiaj ma racyę bytu. Natomiast od innych odbiegliśmy daleko; dyeta np. którą autor zaleca, jest dobrą chyba tylko na tę chwilę, gdy ukazują się krwotoki z nosa, lub krwioplucie, przepisywanie jej jednak na dłuższy okres czasu osobom z odziedziczoną do suchot skłonnością uważamy dzisiaj za nieracyonalne. A już za bar-

dzo nawet szkodliwe poczytywalibyśmy zalecanie jazdy konnej, a tem bardziej krwi upustów. Dziwna rzecz, że Śniadecki, mimo iż w zasadzie odrzucał teoryę Broussais'go, z którego to zapoczątkowania popłynęły potoki krwi ludzkiej najniepotrzebniej, trzymał się jednak jej metod leczenia, chyba dla tego, że trzymali się ich wówczas wszyscy prawie najznakomitsi klinicyści europejscy.

Z wyciągu tego widać jeszcze i to, że konstytucyi skrofulicznej nie tylko nie uznawano za sprawę identyczną z gruźlicą, ale nawet jak gdyby za coś wręcz przeciwnego usposobieniu do suchot. „To, albowiem mówi autor, co od skrofuły ochrania i broni, do zaognienia płuc i krwi plucia pomaga, to, co tym zapobiega, skrofule sprzyja."

O suchotach nabytych znajdujemy w tym samym traktacie zaledwo słów kilka: „Suchotom przypadkowym, nie pochodzącym z żadnego usposobienia szczególnego, ale z zapalenia płuc, z zaniedbanych mocnych katarów, ze stłuczenia lub ran piersiowych i tym podobnych przyczyn gwałtownych, że przez wychowanie zapobiedz niepodobna, sama rzecz mówi."

Wreszcie, w pracy „O wyziewach jadowitych i zarazach" napotykamy wzmiankę o zaraźliwości suchot. I tak, mówi autor: „może się zdarzyć i taka choroba, którą w pewnym tylko przypadku udzielać się przez zarazę może, nie będąc zresztą nigdy zaraźliwą. Albo może choroba być zaraźliwą tylko w pewnem miejscu, lub w pewnym klimacie, nie będąc taką gdzieindziej. W krajach np. gorących lud pospolity ma suchoty za bardzo zaraźliwe i Turcy np. daleko się ich lękają więcej, aniżeli morskiej zarazy. Musi takie mniemanie ludu mieć jakiś w doświadczeniu fundament; a wszelako u nas ta choroba zaraźliwą nie jest, a przynajmniej nie mamy pewnych dowodów, żeby była taką. Rozumiałbym, że w której chorobie przeistacza się cały porządek wyrobień organicznych bądź w całem ciele, bądź w części, a zatem powstają nadzwyczajne patologiczne twory, łatwo i pierwiastek zaraźliwy utworzyć się może." – A w odsyłaczu dodaje jeszcze: „Ta choroba (t. j. suchoty), lubo niekiedy bywa z przypadku, pospolicie jednak ma swoją zasadę w szczególnej budowie ciała, a mianowicie piersi, a ta budowa przechodząc z rodziców do potomstwa, rozwija się w swoim czasie całkowicie i daje początek chorobie, która jest nieuchronnym niemal jej wypadkiem. Wszelako widziałem niektóre przypadki przechodzącej choroby z żony do męża lub męża do żony, ale zawsze wówczas, kiedy budowa ciała tej chorobie sprzyjała."

A więc przed stu laty za najważniejsze źródło powstawania gruźlicy poczytywano szczególną budowę ciała, która z rodziców przechodzi na potomstwo, a za najgłówniejszy środek zapobiegawczy—odpowiedni sposób wychowywania tego rodzaju potomstwa. I wśród dzisiejszych uczonych panuje zdanie prawie powszechne, że jedną z właściwości najwięcej uspasabiających do przyjęcia zarazka gruźlicy jest przedewszystkiem skłonność wyra-

żona często w t. z. habitus phtisicus, który zazwyczaj bywa odziedziczony, a za najgłówniejszy środek do walki z gruźlicą poczytujemy również odpowiedni sposób wychowywania; ale do tego celu, zdaniem K n o p f ' a, za mało jest dobrej woli rodziny, lecz potrzeba i „współdziałania mądrego rządu, dzielnie z przedmiotem obznajmionych lekarzy i inteligentnego narodu,“ a jak dodaje B r o u a r d e l, nie wystarcza, by naród był inteligentny, ale potrzeba nadto, by ci, którzy wiedzą, na czem polega ten sposób wychowywania, pouczali pod tym względem tych, którzy o tem nie mają pojęcia.

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie w d. 17 Stycznia 1903 r.

Obecnych na posiedzeniu 33 członków.

1) Kol. D e h n e l z Będzina odczytał rzecz p. t. „Z k a z u i s t y k i s ą d o w o - l e k a r s k i e j.“ Prelegent przytacza siedm ciekawych spostrzeżeń z własnej praktyki sądowolekarskiej. W pierwszym przypadku kobieta, l. 36, umiera po 12 godzinach choroby, wśród nader niewyraźnych objawów. Badanie pośmiertne wykazało w kiszkach obecność mnóstwa glist (ascaris lumbricoides), które wypełniały szczelnie oddzielne pętle jelita cienkiego. Na miejscu obecności glist zmiany zapalne wszystkich warstw kiszki wraz z udziałem otrzewny. W częściach jelita, wolnych od glist, brak objawów zapalnych. Śmierć nastąpiła wskutek podrażnienia otrzewny i zapewne porażenia na drodze odruchowej. W drugim przypadku przyczyną śmierci był krwotok po dokonanej przez ucznia felczerskiego operacyi na gruczole tarczowym. Prawy zraz gruczoła usunięty bez podwiązania naczyń. W trzecim i czwartym przypadku przyczyną śmierci—zranienia mózgowia. W piątym przypadku mężczyzna, l. 35, umiera nagle przy ciężkiej pracy. Przyczyną śmierci pęknięcie aorty. Zmiany w aorcie są następstwem przymiotu. W szóstym przypadku przyczyną śmierci—hernia diaphragmatica. Część żołądka i lewego zraza wątroby w lewej jamie opłucny. Rozpoznanie za życia niemożliwe. W ostatnim przypadku—ostre otrucie karbolem. Przedstawiono preparaty języka, gardzieli, przełyku i żołądka.

W dyskusyi kol. P u t e r m a n zaznacza, że związek pomiędz śmiercią i nagromadzeniem się glist w pierwszym przypadku nie został należycie wyjaśniony.

Kol. Wassertha l powątpiewa, żeby glisty mogły sprowadzić zmiany zapalne w kiszkach, a tembardziej śmierć na drodze odruchowej. Kol. Biegański przypomina, że w niedokrwistości złośliwej śmierć bruzdogłowca szerokiego (botriocephalus latus), jego rozkład oraz wessanie do krwi produktów gnicia powoduje zatrucie ustroju. Trudno orzec, o ile czynniki chemiczne mogłyby odgrywać rolę w przypadku kol. D. Kol. Pasierbiński zapytuje, czy można napewno wykluczyć otrucie? Kol. Dehnel odpowiada, że możliwość otrucia wyklucza dla braku odpowiednich objawów. Zmiany w kiszkach mogły powstać jedynie pod wpływem glist. Zależność obydwóch spraw rzucała się w oczy. Podrażnienie otrzewny przy udziale wpływów odruchowych lub toksycznych mogło spowodować śmierć chorej Kol. Wołkowicz wyjaśnienie to uważa za niedostateczne. Kol. Biegański wnosi, żeby na jednem z następnych posiedzeń, w myśl piątego przypadku kol. D., omówić szerzej choroby serca, powstające z wysiłku. Obiecuje przygotować referat w tej sprawie.

II) Kol. Biegański przedstawił chorego z rozpoznaniem mięsaka mostka. Chory l. 18, źle odżywiany, niedomaga od 2 przeszło miesięcy, uskarża się na ogólne osłabienie, kaszel i ból w klatce piersiowej w okolicy mostka. Przy badaniu: wypuklenie w okolicy przyczepu 2 i 3 prawego żebra do mostka, na miejscu wypuklenia odgłos opukowy stłumiony, szmer oddechowy zupełnie zniesiony, środkowa część mostka przy ucisku bolesna. Gruczoły szyjowe, nadobojczykowe, pachowe i piersiowe znacznie obrzmiałe. Osteosarcoma sterni. Casus inoperabilis.

III) Kol. Czajkowski z Sosnowca odczytał pierwszą część obszernej pracy „O statycznomechanicznych zasadach oceny uszkodzeń kośćca.“ Streszczenie będzie podane po wygłoszeniu całego odczytu.

Wybory: na członków rzeczywistych zostali przyjęci kol. Lewenstein z Zawiercia, Zieleniewski z Sosnowca, Terlikiewicz z Żarek, p. Wasilewski, aptekarz z Sosnowca

Posiedzenie nadzwyczajne w d. 7 Lutego 1903 r.

Obecnych 30 członków.

I) Kol. Biegański zabiera głos w sprawie działalności hygieniczno-społecznej Towarzystwa Lekarskiego.

II) P. Jowszyc, lekarz weterynaryi z Będzina, odczytał rzecz „O zmianach w mięsie, szkodliwych dla zdrowia spożywców.“

III) P. Marx, lekarz weterynaryi z Częstochowy, wygłosił odczyt: „Trichinosis (włośnica) u człowieka i zwierząt oraz pierwsze przypadki tej choroby u trzody chlewnej w Częstochowie.“

Szczegółowe sprawozdanie z tego posiedzenia będzie drukowane w Zdrowiu.

Posiedzenie w d. 21 Lutego 1903 r.

Obecnych 31 członków.

I) Kol. Batawia przedstawił hysteryczkę, dotkniętą krwawieniami ze skóry, z błon śluzowych i z narządów zmysłów. Żydówka, l. 17, służąca, z rodziny zdrowej pod względem nerwo-

wym. Matka dotknięta gruźlicą płuc. Badanie chorej wykazuje: stłumienie nad lewym szczytem i zaostrzenie oddechu, nadczułość prawej połowy ciała, bolesność przy ucisku 7 kręgu szyjowego i ostatnich piersiowych, wzmożenie odruchów ścięgnistych kolanowych, bolesność prawego jajnika. Po raz pierwszy kol. B. został wezwany do chorej w połowie 1901 r. z powodu krwioplucia i sączenia się krwi z obydwóch oczów. Od tego czasu kol. B. widywał chorą często podczas napadów krwawienia. Krew zazwyczaj wydzielała się z oczów, uszów, z prawej piersi, z pod prawej pachwy, z przedramienia, z przedniej powierzchni goleni, w ostatnich dniach z czoła. Krwawienie poprzedza silny ból (aura), ograniczony do miejsca, mającego krwawić. Krew sączy się w ciągu kilku minut. Kol. B. wyklucza krwawiączkę i gnilec. Przypadek ten będzie ogłosz. drukiem.

W dyskusyi przyjmowali udział kol. Lewensztein, Żołędziowski i Rozenfeld.

II) Kol. M a r y n o w s k i z Zawiercia opisał przypadek porodu w 14 godzin po śmierci matki.

W dyskusyi kol. P i s a r z e w s k i, W a s s e r t h a l, W a s i l e w s k i, K o h n i B i e g a ń s k i zaznaczają, że przypadki porodów po śmierci matek należą do zjawisk stosunkowo częstych i są następstwem parcia gazów.

Kol. N o w a k i P a s i e r b i ń s k i sądzą, że dla wypchnięcia płodu koniecznem jest rozszerzenie ujścia macicznego, innemi słowy, parcie gazów doprowadza do końca rozpoczętą za życia czynność porodową.

Kol. B i e g a ń s k i, W a s s e r t h a l, P i s a r z e w s k i, Ż o ł ę d z i o w s k i, K o h n, P i e t r u s i e w i c z omawiają w dalszym ciągu przepisy prawne, obowiązujące lekarzy w razie śmierci kobiety ciężarnej, oraz poglądy na tę sprawę duchowieństwa, ludu prostego i żydów.

III) Kol L e w e n s z t e i n z Zawiercia przedstawił chorą, dotkniętą niezwykłą chorobą skóry po operacyi raka piersi. Żydówka, l. 37, operowana d. 5 Października 1902 r.. Prawa pierś odjęta wraz z mięśniami i gruczołami. Płat skóry, wzięty dla pokrycia rany, sięga do brzegu łopatki. Rychłozrost. W trzecim tygodniu po operacyi tępy ból w plecach. Przy badaniu stwierdzono z prawej strony na plecach jasnobrunatną siatkę, wielkości dłoni. Barwa siatki, która stopniowo powiększała się, stawała się coraz ciemniejszą. Na powierzchni łuszczenie się naskórka. Przed 2 tygodniami podobne zmiany wystąpiły na stronie lewej. Miejsca zabarwione są nieczułe na ból, gorąco i zimno.

Kol. L. przypuszcza, że choroba skóry została spowodowana przecięciem nerwów troficznych przy wykrawaniu płata skórnego, dodaje jednak, że wartość tego przypuszczenia zmniejszają 2 fakty: 1) mimo częstych i obszernych transplantacyi powyższe zmiany na skórze nie były nigdy spostrzegane; 2) cierpieniem dotknięta jest strona prawa i lewa.

W dyskusyi kol. B a t a w i a, P a s i e r b i ń s k i, B i e g a ń s k i dowodzą, że zmiany powyższe są samoistnem, troficznym cierpieniem skóry, niezależnem od operacyi.

IV) Kol. R o z e n f e l d wygłosił rzecz p. t. „W s p r a w i e l e c z e n i a p o l u c y i." Będzie druk. w „Czasopiśmie."

V) Kol. P i e t r a s i e w i c z mówił „O o p a t r y w a n i u p ę p o w i n y." Prelegent przedstawił rezultat 81 spostrzeżeń, zebranych w przytułku położniczym w Częstochowie. Pępowina by-

ła pędzlowana jodyną i następnie zawijana w watę. Noworodki były kąpane codziennie. Pępowina odpadała, przecięciowo, po upływie 120 godzin. Rana pępkowa goiła się bez żadnych powikłań. Po omówieniu porównawczem różnych sposobów opatrywania pępowiny, kol. P. radzi stosować jodynę w codziennej praktyce. Spostrzeżenia te zamierza ogłosić w „Czasopiśmie.“

W dyskusyi przyjmowali udział kol. Żołędziowski, Lewenstein, Kohn, Nowak, Pisarzewski, Wasilewski, Łokczewski i Pietrasiewicz.

VI) Wybory: Na członków rzeczywistych zostali przyjęci kol. Bellon z Częstochowy i kol. Rudolf z Sosnowca.

Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarzy gub. Kaliskiej.

Posiedzenie, w d. 17 Października 1902 r.

I) Dr. Merkel odczytał statystykę chorób zakaźnych z Września: szkarlatyny 1, odry 1, dyfterytu 3 przypadki. Dr. Wilczewski w swojej praktyce zauważył, że w lecie na zapalenie płuc chorują przeważnie ssawce, roczne dzieci i dwuletnie; w jesieni: od 6—8 lat.

II) Dr. Drozdowski podniósł kwestyę zbyt wygórowanych cen za analizy w aptekach, wskutek czego wiele wyseła się zagranicę.

III) Dr. Beatus Edward. Niema zapewne choroby, którejby postać chorobowa przedstawiała się w tak różnorodnej formie, jak tyfus brzuszny. Nie mamy ani jednego objawu pewnego, na którymby w początkach opierać się można było dla postawienia rozpoznania. Zawodzi niekiedy gorączka, zawodzi badanie bakteryologiczne i tylko dłuższa obszerwacya chorego pozwala nam postawić rozpoznanie. Dla tego opowiada o następującym przypadku:

Dnia 22-go Września r. 1902 wieczorem sprowadzono do szpitala chorego, który uskarżał się na ogólne niedomaganie; podług słów jego przed 6 dniami zachorował; choroba zaczęła się od dreszczu; w domu gorączkował. Od otoczenia dowiedziałem się, że był zawsze zdrów, że obecnie gorączkuje i wieczorami bywa nieprzytomny. Przy badaniu rzuca się w oczy wybitna żółtaczka całego ciała, puls 96; w w sercu i płucach nic anormalnego; język obłożony; brzuch wzdęty; bolesność w prawem międzyżebrzu; śledziona na 8-em żebrze, niewyczuwalna. W szpitalu dwa wolne stolce, przypominające grochówkę. Temp. 39.0. Nazajutrz 37.8 wieczorem 38.0 język suchy, łaknienie duże; kilka razy wymiotował; chory oprócz mleka nic przyjmować niemoże. W nocy niespał, był nieprzytomny, gadał od rzeczy, ruszać się w łóżku nie może; puls 94; tony serca czyste; w urynie białko, pod mikroskopem: ziarniste i nabłonkowe wałki, nabłonek dróg moczowych, barwniki żółciowe; krwotoki nosowe. Pierwsza myśl, która mi się nawinęła nazajutrz, przyjmując pod uwagę krwotoki nosowe,

żółtaczkę i chorobę nerek, że mamy do czynienia z chorobą Weila. I tu choroba zaczyna się dreszczami, gorączka odrazu dochodzi do wysokiego stopnia (40°) niedługo pozostaje na tej wysokości (2—4 dni), następnie zaczyna powoli spadać; zupełny spadek ciepłoty przypada na 7-my lub 10-ty dzień od początku choroby. W moczu białko, wałeczki i nabłonek kanalików nerkowych; żółtaczka, upadek sił, majaczenie, wymioty. Weil, opisując tę postać chorobową w r. 1886, uznał ją za poronną postać tyfusu brzusznego, powikłaną zapaleniem nerek i żółtaczką. Jednakże przeciwko temu przemawia badanie pośmiertne, dokonane w kilku przypadkach, w których nieznaleziono zmian w kiszkach. W pierwszej chwili zdawało mi się, że mam do czynienia z tą właśnie chorobą. Badałem również krew, która bakteryologicznie dała wynik ujemny. Dalsze spostrzeganie wykazało, co następuje:

7 Października rano 37,5, wiecz. 38,5. Puls 100 pełny, niedwubitny, język suchy, krwotoki z nosa, chory nieprzytomny w urynie białka 0,25%. Odczynu dwuzatowego mocz niedaje, śledziona niewyczuwalna. 8/X R. 38,0 W. 38,3 St. idem. 9/X R. 38,0 W. 38,9 uryny oddaje więcej, białka niema; żółtaczka trwa, 10/X R. 38,0 objawy maniakalne; zrana trzy stolce krwawe, puls słaby 120, bolesność w prawem międzyżebrzu; wieczorem znów krwawy stolec. 11/X R. 38,5 W. 38,5 język cokolwiek wilgotny; chory nieprzytomny; drobne pęcherzykowe rzężenia, rozlane po całem płucu; stolec twardy bez krwi. 12/X R. 38,8 st. idem. 13/X R. 39,0 W. 39,5 trzy stolce rzadkie bez śladów krwi; uryna białka nie zawiera, dwuazotowej reakcyi nie daje. Świadomość wraca. W płucach bronhitis diffusa. 14/X R. 39,3 W. 39,8 15/X 39,0 W. 40.0 16/X 39,0 W. 39,0 17/X 38,5. Chory ma się lepiej nieco.

IV) Dr. Z u c k e r. Wezwany do IV-para zastał brzuch ogromny, do ujścia przez pochwę nie mógł się dostać. Chora uskarża się na duszność. Od 6-go m. przestała uczuwać ruchy. Po 10 godzinach bólów otwarcie zupełne, położenie pośladkowe. Po 6—8 g. urodziło się dziecko, pozostała tylko główka; w trakcie wydobywania takowej, kości ciemieniowe rozeszły się i wypadł mózg. Za główką wypadł kawałek mięsisty, którego powierzchnia była usiana stopkami i rączkami w ilości 20. Akuszerka mówiła, że przy pęknięciu pęcherza wylało się dużo cuchnącego płynu. W danym wypadku mieliśmy hydramnion, hydrocephalus, mola hydatitosa.

Posiedzenie w d. 17 Listopada 1092 r.

I) Dr. W i l c z e w s k i. Wiadomo nietylko z farmakologii, lecz i z codziennej naszej praktyki, że równego środka jak digitalis, co do zbawiennych skutków w chorobach serca, nie mamy; nic też dziwnego, że wszelki zawód w tym względzie budzi pewne zainteresowanie się, a nawet zakłopotanie. W naszem tu gronie kol. Drozdowski nieraz poddawał ten temat do dyskussyi, w której po długich debatach niedoszliśmy do zadawalniających rezultatów. Temat to bardzo ważny, czego dowodem, że nietylko w naszem gronie, lecz i ogół lekarski w Europie interesuje się tym przedmiotem. Pierwszy prof.

Kobert zwrócił uwagę na niestałość preparatów farmaceutycznych naparstnicy, za nim prof. Gottlieb, prof. Sahli i inni. To wywołało kilka poważnych prac w tym wzgiędzie. Między niemi wyróżnia się praca Dra Fraenkla, oparta na doświadczeniach ściśle naukowych, a wyrażonych w tablicach i cyfrach. Na wstępie Dr. Fraenkel wylicza glikozydy czyli alkoloidy rośliny digitalis, a mianowicie digilalinę digitoxynę, digitoninę; sprawdził działanie fizyologiczne na organizm zwierzęcy, w szczególności na serce, zwracając baczną uwagę na różnicę w działaniu glikozydów, która okazała się bardzo niewielką— choć pochodziły one z rozmaitych fabryk chemicznych.

Dr. Fraenkel przeprowadził doświadczenie nad preparatami naparstnicy, nad Inf. digitalis i Tinct. digitalis, biorąc takowe z rozmaitych aptek. Doświadczenia te wykonywał na żabach i notował, jaka dawka z wymienionych preparatów jest potrzebna do wywołania skurczu serca żaby. Wynik streszcza zestawienie następujące:

Z Aptek: a) Heidelberg 2,5 ctm. ^{3}. Manheim 2,7. Hornberg 3.0. b) Heidelberg 3,7. Pf. 4.7. A) Heidelberg 6,9 ctm. ^{3}.

Cyfry te oznaczają tę dawkę Inf. digitalis .10 : 100,0, która przy wadze żaby 100,0 potrzebną jest do wywołania takiego skurczu serca żaby, który po godzinie kończy się śmiercią. Jeżeli przyjmiemy dla przykładu, że wymienione cyfry oznaczają łyżki stołowe, to z pierwszej apteki potrzeba użyć 2,5 łyżki naraz, żeby wywołać silny skurcz systaliczny serca, z b. apteki $6^{9}/_{10}$ łyżki; jest to zawielka różnica i zawidoczna. Taż sama różnica daje się zauważyć w działaniu fizyologicznem przy stosowaniu Tinct digital. i tak:

Z aptek: Hornberg 0,6 ctm ^{3}. Strasburg 1,0. a) Heidelberg 1,0. B. 2.0. Pf. 2,5 ctm ^{3}.

W Szwajcaryi zamiast Tinct. digitalis używają Extr. digitalis fluid.

Dr. Bührer doświadczenia robił z tym preparatem pod względem działania fizyologicznego i doszedł do tych samych wniosków co Dr. Fraenkel. Taka różnica w działaniu naparstnicy musi mieć zasadniczą przyczynę. Niedawno jeszcze niestałość działania naparstnicy uzależniano od gruntu, w którym ta roślina rośnie; dziś na glebę małą zwracają uwagę, a całą winę składają na aptekarzy i drogistów, którzy niezbierają rośliny we właściwym czasie i niewłaściwie preparują ją dla dalszego użytku. Liście naparstnicy powinny być zbierane przed Kwietniem w porze niezbyt suchej i niezbyt wilgotnej, liście powinno się suszyć krótko w zamkniętej hermetycznie przestrzeni, w umiarkowanem cieple; w przeciwnym razie digitalis albo w bardzo małej ilości będzie zawierać czynne pierwiastki albo takowe giną, gdy liście ulegają fermentacyi przy powolnem suszeniu; toż samo się powtarza przy dłuższem przechowywaniu liści w składach aptecznych; innych przyczyn w obecnym czasie nie przytaczają.

Dr. Focke zauważył, że naparstnica po każdym nowym roku albo b. słabo działa albo zupełnie niedziała. Dla przekonania się ułożył tablicę z 4-ch kwartałów roku i zapisywał notatki szpitalne z tych kwartałów, obserwując na sygmografie i przekonał się dowodnie, że digitalis najsilniej działa w trzecim kwartale; w czwartym, szczegól-

nie w końcu, waha się, w pierwszym wahanie dochodzi do maximum, w drugim działanie zupełnie ustaje.

Protokół z dnia 17 Grudnia 1902 r.

I) Statystyka chorób zakaźnych z m. Listopada: szkarlatyny 3, dyfterytu 2, odry 4 przypadki.

II) Dr. Wernic obserwował wypadek chronicznego zaczadzenia u całej rodziny. U staruszki leżącej ciągle w łóżku były rozrzucone czerwone plamy na całem ciele, ból głowy i mdłości; objawy te mniej były widoczne u reszty rodziny, wychodzącej często z domu, tem samem mniej podlegającej działaniu gazu. Powodem okazała się pęknięta rura gazowa w niedalekiej odległości od ich mieszkania.

Dr. Wernic przytoczył też wypadek otrucia zapałkami, moczonemi w wodzie w ciągu kilku dni.

III) Dr. Zucker opowiedział o następującym przypadku, zakończonym śmiercią. Mężczyzna lat 56 uskarża się na ból głowy i dreszcze; wezwany do niego, trzeciego dnia choroby, znalazł t. 40,2, nieznaczną bolesność brzucha; podejrzewając tyfus zalecił kalomel (0,3+3), po którym nastąpiło 8—10 wypróżnień; 4-go dnia T. r. 38,2 w. 37,6. Piątego dnia r. 39,3; wystąpiła wysypka na brzuchu, ból, bezsenność; 6-go d. rano i wieczerem T. 40^0, wysypka na ciele typu papula, niezlewająca się; 7-go dnia wysypka pojawia się jeszcze na nogach i rękach, z wyjątkiem twarzy. Wezwany kolega Rüdiger wysypkę uznał za odrę; 8-go dnia T. 40,0; chory uskarża się na ból w prawem podżebrzu; zalecony ciepły okład ból uspokoił. 9-go dnia na dużym palcu lewej nogi zauważono sinicę przy silnej bolesności, chociaż czucie zniesione; 10-go dnia boleści żołądkowe, wymioty krwawe, nieurynuje; wypuszczony mocz zawiera ślady białka. Chory zmarł. Czy z odrą czy z tyfusem plamistym mieliśmy do czynienia w danym wypadku, zostaje nierozstrzygniętem, gdyż oględzin pośmiertnych niebyło.

Protokół z dnia 17 Stycznia 1903 r.

I) Statystyka chorób zakaźnych za Grudzień: szkarlatyny 1, odry 2, tyfusu 1 przypadek.

II) Dr. Beatus Edward. Dziewczyna inteligentna, lat 26, chcąc pozbawić się życia, wypiła rozczyn sublimatu ex 1,0 na szklankę wody, pijąc przez rurkę szklanną. Miało to miejsce w Sobotę o godzinie 8-ej wieczorem. Kolega Beatus wezwany do chorej o godzinie 10-ej znalazł kończyny i nos zimne, wymioty krwawe. Zustosowano excitantia i rozgrzewanie; w trzy godziny po zażyciu trucizny w urynie białko; wypróżnień niema. Na drugi dzień dysenteria haemorrhagica, anuria completa, stan groźny; hypodermoklyzy. Anuria przez cały ciąg choroby; w środę uremiczne napady, dyspnöe, czkawka. T. 35,5 wieczorem 35,2; zastosowano tlen; w stanie uremicznym w piątek rano życie zakończyła.

Dr. Drozdowski zaznacza, że wypadki otrucia sublimatem w Kaliszu należą do bardzo rzadkich.

Dr. Kasprzak. W czasie praktyki w szpitalu klinicznym ziemstwa w Kazaniu w wypadkach otrucia sublimatem, które się często zdarzało, stosowaliśmy obfite przemywania żołądka z pomyślnym wynikiem.

III) Dr. Godlewski zapytuje się, czy egzystuje ścisłe dawkowanie surowicy przeciwbłoniczej? Miał on bowiem wypadek tego rodzaju: Dziecko $2^1/_2$ lat, chore 5-ty dzień, ma ślady dyfterytu i laryngostenozę. Wezwany o 12-ej w nocy zastrzykuje 3 dawki surowicy i strzykawkę ol. camphorati steril. Gessnera. Na drugi dzień rano laryngostenoza trwa jeszcze; aby zdecydować, czy potrzebną jest operacya, wezwano consilium. Wobec tego, że stenoza niebyła bardzo wyrażona, operacyi nie przedsięwzięto; dziecko o godzinie 9-ej w. umarło.

Dr. Wilczewski: stosuje zwykle w ciężkich przypadkach najwięcej 2 dawki, a następne po 24 godzinach.

Dr Kasprzak przypuszcza, że potrójna dawka nie może być bezpośrednią przyczyną śmierci.

Sekretarz Towarzystwa: M. Kasprzak.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 3 Stycznia 1903 r.

Przewodniczący kol. J. Majkowski.

Obecnych 41 Członków.

Przed porządkiem dziennym kol. T. Rakowski (z Szydłowca) przedstawił chorego z nowotworem mostka.

J. K. lat 30, fornal, z rodziców zdrowych. W 1901 r. zapadł na reumatyzm stawowy, który przy odpowiedniem leczeniu ustąpił zupełnie. Przed 2 miesiącami, będąc w kościele, uległ zgnieceniu w tłumie, tak, że po wyjściu z kościoła czuł się osłabionym, co jednak stosunkowo szybko przeszło. W 2 tygodnie po wypadku chory zauważył w okolicy 2-go międzyżebra w pobliżu mostka po stronie lewej niewielkie obrzmienie, które szybko zaczęło się powiększać tak w stronę mostka, jak i żeber. Obrzmienie to było z początku niebolesne, w miarę jednak powiększania, zjawiły się bóle, szczególniej dokuczliwe w leżącej (na wznak) pozycyi chorego. Przy badaniu na posiedzeniu znaleziono: Chory średniego wzrostu, średniej budowy i odżywiania; błony śluzowe umiarkowanie nastrzyknięte, skóra o zwykłem zabarwieniu; płuca i narządy trawienia nie przedstawiają wybitnych zmian; tęposć serca powiększona na lewo; *ictus cordis* w 6-em międzyżebrzu za linią sutkową lewą. Tony serca czyste. P.—70 na minutę, jednocześnie wyczuwany na obydwóch tętnicach promieniowych. T°.—normalna; gruczoły chłonne szyjowe i pachowe powiększone zwłaszcza po stronie lewej. W okolicy mostka i lewej połowy klat

ki piersiowej spostrzega się wypuklenie w postaci guza, którego *górną* granicę stanowi 2-ie lewe żebro i górny brzeg rękojeści mostka; *prawą*—prawy brzeg mostka do 5-go żebra; *lewą*—linia idąca pośrodku między linią sutkową lewą i pachową przednią na przestrzeni od 2 do 5 zebra; *dolna* granica przechodzi po linii przeprowadzonej między wyrostkiem mieczykowatym a trzonem mostka. Powierzchnia guza gładka, twarda, guz przedstawia jednolitą całość i jest nieruchomy.

W dyskusyi kol. Kosicki zaznacza, iż najczęściej w powyższej okolicy zdarzają się następujące guzy: 1) Tętniaki aorty 2) Bąblowiec. 3) Nowotwory śródpiersia przedniego i 4) Mięsaki i chrzęstniako-mięsaki. Tętniak aorty można w danym wypadku stanowczo wykluczyć wobec braku odpowiednich objawów; co do bąblowca—to guzy tego rodzaju należą do nader rzadkich cierpień mostka i jego okolicy (dotąd znany jest jedyny przypadek bąblowca mostka, opisany przez Madelunga) zresztą objektywne dane przemawiają przeciw temu nowotworowi Nowotwory złośliwe (raki i mięsaki), mające za punkt wyjścia tkankę łączną śródpiersia przedniego, tworzą wielkie miękkie guzy, które stopniowo przechodzą na mostek; uciskając serce i płuca, wywołują bicie serca, utrudnienie w oddechaniu i t. d., na co nasz chory bynajmniej się nie uskarża. Najprawdopodobniej więc mamy do czynienia z nowotworem złośliwym (mięsakiem lub chrzęstniako mięsakiem) biorącym początek w okostnej lub w samej kości mostka; guzy te rosną zazwyczaj szybko i dają przerzuty w gruczołach chłonnych i narządach wewnętrznych. (Autoreferat).

Kol Rakowski zapytuje, czy wskazana jest w danym razie operacya?

Kol. Kosicki ze względu na rozległość nowotworu i liczne przerzuty w gruczołach chłonnych nie radziłby przystępować do czynnej interwencyi i zaleca jedynie leczenie objawowe.

I) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Kol. W. Buckiewicz nadesłał w darze dla biblioteki swą pracę p. t. „Geohygiena powiatu Ciechanowskiego, gub. Płockiej.

III) Zatwierdzono następujący wniosek Zarządu: Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa zredagowane na podstawie protokółów przez Sekretarza, mają być odczytywane na posiedzeniach Zarządu oraz na najbliższem Ogólnem Zebraniu (częściowo lub w całości—stosownie do życzenia obecnych Członków), a następnie drukowane w „Czasopiśmie Lekarskiem“; odbitki ze sprawozdań rozsyłane będą wszystkim rzeczywistym Członkom Towarzystwa.

IV) Zatwierdzono sposób prowadzenia rachunkowości i ksiąg kasowych.

1) Ksiąg zaprowadzono trzy: a) główną, b) asygnacyjną i c) kwitaryusz. 2) każdą pozycyę dochodu i rozchodu skarbnik zapisuje do księgi głównej; 3) przy każdej pozycyi dochodu winien być zanotowany w księdze głównej № kwitu, za którym pieniądze wpłynęły do kasy; 4) wydatki mogą być dokonywane jedynie z wiedzą wszystkich Członków Zarządu; 8) skarbnik wypłaca pieniądze jedynie na podstawie asygnaty, podpisanej przez Prezesa i Sekretarza, notując № asygnaty w księdze głównej; 6) wszystkie księgi kasowe podlegają Kontroli Komisyi Rewizyjnej.

V) Zatwierdzono budżet na rok 1903.

Dochód. 1) ze składek rocznych—816 rb. 2) z wpisowego—201 rb. 3) ofiara kol. Głogowskiego z Ostrowca—100 rb. 4) wpływy przypadkowe—5 rb. 15 kop. Razem—1122 rb. 15 kop.

Rozchód. 1) mieszkanie, opał, światło—210 rb. 2) prenumerata czasopism, książek i oprawa tychże—325 rb. 3) pensya woźnego—120 rb. 4) wydatki kancelaryjne—61 rb. 5) koszta instalacyjne (umeblowanie, blankiety, druk ustawy, portorya etc.)—206 rb. 15 kop. razem 922 rb. 15 kop. Remanent—200 rb.

VI) Uchwalono zaprenumerować następujące pisma:

Archiwum polskie nauk biologicznych i lekarskich, Bibliotekę Lekarską, Czasopismo Lekarskie, Gazetę Lekarską, Kronikę Lekarską, Krytykę Lekarską, Medycynę, Nowiny Lekarskie, Odczyty Kliniczne, Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., Przegląd Lekarski. Zdrowie, „Prakticzeskaja Miedicina z wraczebnoj gazietoj“, Russkij Wracz, Żurnał akuszorstwa i żenskich bolezniej, Rukowodstwo k farmacewticzeskoj i miediko-chimiczeskoj praktikie Hager'a, La semaine médicale, Deutsche medicinische Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Jahrbrbuch für Kinderheilkunde und phisische Erziehung, Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin.

Nadto niektórzy Członkowie Towarzystwa zobowiązali się nadsyłać do czytelni następujące pisma: Przegląd chirurgiczny, Wszechświat, Wiadomości farmaceutyczne, Wiestnik obszczestwiennoj gigieny i sudiebnoj miediciny, Buletin de Pharmacie et Chimie, Berliner Medicinische Wochenschrift i Apotheker Zeitung.

VII) Upoważniono Zarząd do nabywania książek i prenumerowania pism według swego uznania z warunkiem uwzględniania poszczególnych specyalności.

VIII) Zatwierdzono regulanim dla Czytelni i Bibloteki Towarzystwa.

§ 1. Każey Członek Towarzystwa ma prawo wypożyczać z biblioteki dzieła i czasopisma. Życzący wypożyczyć dzieła, wypisuje na kartce ich tytuły i wręcza ją woźnemu, który żądane książki za pokwitowaniem dostarcza. Pokwitowanie zwraca się wypożyczającemu bezwłocznie po zwróceniu przezeń książek do biblioteki.

§ 2. Zabieranie książek z biblioteki bez zachowania powyższych formalności jest stanowczo niedozwolonem.

§ 3. Książki mogą być wypożyczone najdłużej na 2 miesiące; po upływie tego czasu powinny być do biblioteki zwrócone.

§ 4. Jednorazowo więcej nad 2 dzieła lub 2 tomy czasopism żaden z Członków Towarzystwa brać nie może. Wypożyczanie po za obręb biblioteki dzieł rzadkich, słowników, encyklopedyi, atlasów jest bezwarunkowo wzbronione. Z tego rodzaju dzieł wolno korzystać tylko w Czytelni Towarzystwa. Wszystkie zaś inne dzieła i czasopisma wypożyczone być mogą

§ 5. Członek Towarzystwa, wypożyczający dzieła lub czasopisma, wszelkie szkody jakie biblioteka przez niego ponieść by mogła, obowiązany jest wynagrodzić.

§ 6. Osobom nie należącym do Towarzystwa żadnych dzieł ani czasopism wypożyczać nie wolno.

§ 7. Dla korzystania z Czasopism służy Czytelnia.

§ 8. Każdy № tygodnika, dwutygodnika lub miesięcznika będzie się znajdował w Czytelni przez termin dwa razy dłuższy od o-

kresu, w jakim wychodzi. Po upływie tego czasu pojedyncze №№ lub zeszyty wcielone zostaną do zbiorów bibliotecznych i mogą być wypożyczane.

§ 9. Członek Towarzystwa zabierający samowolnie czasopisma z czytelni traci prawo do dalszego z niej korzystania, o czem—na przedstawienie bibliotekarza—Zarząd decydować będzie

§ 10. Czytelnia jest otwarta codziennie od 10 rano do godz. 10 wiecz.

§ 11. Bibliotekarzowi służy prawo zaproszenia do pomocy w prowadzeniu biblioteki jednego lub więcej Członków Towarzystwa.

IX) Zatwierdzono następujący wniosek Zarządu:

W celu zorganizowania całej pracy Towarzystwa na polu hygieny publicznej i prywatnej ustanawia się *stały Komitet hygieniczny*. Komitet ten mocen będzie zapraszać do współpracownictwa, nietylko innych Członków rzeczywistych Towarzystwa, lecz i osoby postronne, jako to: osoby stanu duchownego, techników, nauczycieli i inne osoby dobrej woli—w charakterze biegłych. Komitet hyg. obowiązany jest informować ogólne zgromadzenie czł. Tow. o postępie swych prac—co kwartał, a oprócz tego ogólne zgromadzenie zastrzega sobie ostateczną sankcyę wszystkich czynności Komitetu hyg. W charakterze członków Komitetu hyg. zatwierdzono kolegów: Cennére'a, Fidlera, Fuksiewicza, Papiewskiego, Pełczyńskiego, Przychodzkiego i Ryla, a jako przewodniczącego kol. Przychodzkiego, któremu nadano prawo wyboru Sekretarza Komitetu.

X) Przyjęto do grona Członków rzeczywistych Towarzystwa Kolegow: Konstantego Szychowskiego z Radomia i Leona Karbownickiego ze Staszowa.

XI). Kol. Fidler odczytał dokończenie swej pracy: „Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, przeważnie gub. Radomskiej dotycząca." (rzecz nie nadaje się do streszczenia).

Dyskusya nad powyższym odczytem z powodu spóźnionej pory odłożoną została do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: J. Majkowski. Sekretarz: Cennére.

KRONIKA

Kronika bytowa.

27. Dzienniki łódzkie, podając sprawozdania z posiedzeń miejscowego towarzystwa dobroczynności, na których przyjmowani są pensyonarze do przytułku dla obłąkanych, popełniają stale ten błąd, że kiedy chodzi o pensyonarza niepłacącego — wymieniają go z imienia i nazwiska; o płacących—podają tylko inicyały.

Zdaje się, że w obec nieszczęścia

wszyscy są równi i najsłuszniej byłoby raz na zawsze w takich razach poprzestać co najwyżej na podaniu inicyałów.

27. Tydzień" piotrkowski wskazuje na puste budynki poszpitalne w Koniecpolu jako na bardzo odpowiednie pomieszczenie na tak niezbędny tam szpital, którego napróżno od lat wielu mieszkańcy wyczekują

„O dogodności wynikłej ztąd dla okolicznych mieszkańców, a także o oszczędności w wydatkach przy wprowadzeniu pomocy lekarskiej gminnej, w razie gdyby skorzystano z owego budynku, niema co i mówić. Budynek to murowany, masywny, obszerny, wprawdzie tu i owdzie uszkodzony — ale niewielkim kosztem dałoby się go doprowadzić najzupełniej do należytego porządku."

28. Kol. Daniewski zwraca, w „Gazecie Radomskiej" (№ 18) uwagę na bezpłatne i tanie kuracye kąpielowe w Soleckim szpitalu S-go Edwarda. Przy zakładzie kąpielowym w Solcu istnieje szpital na 25 łóżek (założony w 1848 r.), w którym niezamożni chorzy mogą odbyć kuracyę kąpielową bądź bezpłatnie, bądź też za opłatą 81 kop. dziennie, co na przeciętną 30-dniową kuracyę wyniesie 24 rb. 30 kop.

Szpital Solecki czynnym jest tylko podczas sezonu leczniczego, t. j. od 20 maja do 20 września.

Dla uzyskania całkowitej bezpłatnej kuracyi w szpitalu Soleckim, a więc: kąpieli mineralnych wraz z umieszczeniem i żywieniem w szpitalu, lub dla otrzymania bezpłatnych kąpieli mineralnych bez umieszczenia i żywienia, należy przed 1-ym kwietnia podać prośbę na imię prezesa rady dobroczynności powiatowej w Stopnicy (poczta Stopnica, gub. Kieleckiej) i dołączyć do niej świadectwo ubóstwa i świadectwo lekarskie o potrzebie kuracyi. Marek, ani do podań, ani do świadectw dołączać nie potrzeba.

Nadmienić należy, że rada dobroczynności w Stopnicy rozdaje corocznie całkowitą kuracyę dla kilku osób, kąpieli zaś bezpłatnych 600.

Osoby, które chcą korzystać z kuracyi w szpitalu za opłatą, żadnych wcześniejszych starań robić nie potrzebują, winno tylko, zgłaszając się do szpitala, posiadać świadectwo ubóstwa, poświadczone przez władze lub osoby wiarogodne i gotówkę w takiej ilości, by mogły opłacić szpital w ilości 81 kopiejek za każdy dzień pobytu, za co otrzymują całkowitą kuracyę wraz z umieszczeniem i żywieniem.

Do tejże kategoryi należą ci, co zamiast gotówki składają w kancelaryi szpitala zobowiązania gmin i kahałów co do zapłacenia za nich kosztów kuracyi.

Najłatwiej umieścić się w pierwszym sezonie t. j. od 20 maja do 20 czerwca i w ostatnim: od 20-go sierpnia do 20-go września.

Pozostając kilkanaście lat na stanowisku ordynatora szpitala Soleckiego miał kol. D. czas przekonać się, że, o ile gminy żydowskie całego Królestwa, a nawet Litwy, Wołynia i Ukrainy coraz więcej korzystają z taniej szpitalnej kuracyi w Solcu, przysyłając w ostatnich latach po 100 i więcej chorych, o tyle gminy wiejskie czy z nieświadomości, czy też z niechęci ponoszenia kosztów leczniczych przysyłają ich zaledwie kilku, (w sezonie ubiegłego roku 4, wyraźnie czterech!).

Nadmienić wypada, że zakład kąpielowy w Solcu oprócz 600 bezpłatnych kąpieli, które od założenia szpitala corocznie wydaje radzie dobroczynności w Stopnicy dla ubogich chorych, zobowiązał się nadto w ciągu lat 3-ch poczynając od 1901 r., wnieść do kasy szpitala rb. 1500, jako ofiarę, z przeznaczeniem tej sumy na budowę oddzielnego pawilonu dla chorych wyznania katolickiego.

Komitet redakcyjny:
F. Arnstein, L. Fankanowski, B Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydaca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 28 Февраля 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.